

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 457

L'Angiodermite Purpurique Pigmentée des Membres Inférieurs

A propos de
cinquante-huit observations nouvelles

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 13 Janvier 1938

PAR

Szymon SZTOKHAMER

Diplômé en Bactériologie
Diplômé d'Hygiène

Né le 19 Janvier 1912, à VARSOVIE (Pologne)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS

253, Rue Vendôme

LYON

1938

**L'Angiodermite Purpurique
Pigmentée des Membres
Inférieurs**

A PROPOS DE
CINQUANTE-HUIT OBSERVATIONS NOUVELLES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ.
BARRAL, PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVÉ-JOSSERAND.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LÉPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		PATEL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		TAVERNIER.
Chimie biologique et médicale		COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		J. CHALIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		COTTE.
Hygiène		ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUT	BERTRAND
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAT
CHAMBON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDAILLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FAVRE, Président ; GATÉ, Assesseur ; MORENAS, CROIZAT.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Dont la vie fut toute de dévouement et de travail.

Leurs sacrifices ont contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Je leur dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance infinie.

A MES SŒURS

ET A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de ma plus tendre affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FAVRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Dermatologique et Syphiligraphique

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous prodiguer ses conseils éclairés pour son élaboration.

Nous n'oublierons jamais le bienveillant accueil qu'il nous a fait dans son Laboratoire d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Lyon.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre reconnaissance la plus vive et la gratitude d'un élève pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé GATÉ

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre Jury. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A Monsieur le Professeur Agrégé MORENAS

Croix de Guerre

Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre Juge.

A Monsieur le Professeur Agrégé CROIZAT

Médecin des Hôpitaux

Nous tenons particulièrement à le remercier pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant plusieurs séries d'expérimentations dans le Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine. Nous n'oublierons jamais les deux années de travail sous ses auspices.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant d'avoir bien voulu juger notre travail.

A Monsieur le Professeur BONNET

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Chirurgien des Hôpitaux

L'accueil paternel qu'il nous a fait
dans sa clinique, où il nous a permis
de puiser de sa science et de sa
grande expérience, nous a fait une
profonde impression. Nous l'en re-
mercions de tout cœur.

A Monsieur le Docteur J. ROUSSET

Ancien Chef de Clinique
Dermatologique et Syphiligraphique

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON
ET DE MONTPELLIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552405_0021

INTRODUCTION

Lorsqu'on examine systématiquement tous les malades que l'on peut voir dans les services de médecine générale ou de dermatologie, on est frappé du nombre élevé de ceux qui présentent de curieuses pigmentations des jambes. Ce n'est que très rarement pour cette pigmentation qu'ils viennent à l'hôpital ; généralement, c'est une autre affection qui les inquiète, qui en apparence n'a rien de commun avec la Dermatose. Aussi il est permis de supposer que le nombre réel de ces malades est très élevé et que la maladie, si on la recherche attentivement, se montre très commune.

Malgré sa grande fréquence, cette affection, considérée comme banale, n'a guère été étudiée avant les travaux de notre Maître M. le Professeur Favre et ceux de son Ecole. Il a été le premier à étudier et à approfondir cette maladie qui est souvent accompagnée d'altérations viscérales variées. C'est pourquoi il est d'une grande importance pour le médecin praticien de bien connaître ces faits.

Cette pigmentation était désignée sous le nom tout à fait impropre d' « eczéma variqueux ». Nom impropre, disons-nous, parce qu'en examinant attentivement

ces plaques pigmentées on ne trouve pas de traces d'eczématisation ou de vésiculation. Quant au terme « variqueux », il est vrai que l'on voit cette affection sur certains membres variqueux, mais ceci est loin d'être d'une règle absolue. Très fréquemment on ne trouve cliniquement aucune modification des gros collecteurs veineux. Ainsi, sur 58 observations que nous avons recueillies dans le service de médecine générale de M. le Professeur Favre, nous n'avons trouvé que 23 malades porteurs de varices concomitantes, ce qui ne représente que 40 % du nombre total.

Cette dénomination fausse a été heureusement remplacée par M. le Professeur Favre, par le nom de « Dermite pigmentée purpurique des membres inférieurs. Lésion pré-érosive des ulcères dits variqueux », d'abord, et ensuite par celui d' « Angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs. Lésion pré-érosive des ulcères dits variqueux ». Ce nom explique bien que la lésion siège exclusivement sur les membres inférieurs, plus exactement aux jambes, que le processus pathologique qui se passe dans les tissus est une inflammation des capillaires du derme, accompagné de purpura et de dépôt pigmentaire. Cette Angiodermite, si son évolution n'est pas arrêtée au premier stade purpurique et pigmentaire, aboutit à une ulcération chronique, qualifiée improprement jusqu'à présent de variqueuse, très souvent provoquée par un traumatisme insignifiant ou une infection épidermique minime.

Nous avons dit que cette ulcération était appelée improprement variqueuse. En effet, en étudiant attentivement 36 de nos malades porteurs d'ulcères des jam-

bes ou de cicatrices d'anciennes ulcérations, nous n'en n'avons relevé que 15 qui étaient porteurs à la fois de varices et d'ulcérations, ou de cicatrices d'anciennes ulcérations, tandis que 21 d'entre eux ne présentaient aucune trace clinique de varices.

On a considéré les lésions d'angiodermite purpurique pigmentée comme des lésions secondaires ou concomitantes des ulcères. Nous savons actuellement qu'en règle générale l'angiodermite purpurique pigmentée constitue la lésion primitive, laquelle, si son évolution ne s'arrête, peut se compliquer d'ulcère. Nous voyons donc une fois de plus combien il est important de connaître cette affection qui peut aboutir — en ne considérant que le point de vue local — à des désordres très graves accompagnés très fréquemment d'invalidité provoquée par l'ulcère dit variqueux.

Nous avons dit au début de cette introduction que ce n'est pas seulement l'état local qui doit intéresser les médecins, mais aussi l'état des autres viscères, et qu'il importe, après avoir étudié la lésion locale, d'examiner attentivement et complètement le porteur d'Angiodermite et d'ulcère.

Un grand pas dans la connaissance de ces syndromes cliniques a été franchi le jour où, suivant l'expression de notre Maître, l'examen de ces malades s'est porté au-dessus de leur rotule, pour devenir un examen clinique complet.

Cet examen permet de montrer en particulier que la syphilis joue un rôle important dans cette affection. Mais pourtant la proportion des syphilitiques, d'après nos statistiques, n'est pas aussi élevée que pouvait le

faire penser le chiffre apporté dans la thèse de Chaix. Notre Maître, M. le Professeur M. Favre, dans le chapitre consacré à l'Angiodermite purpurique pigmentée, dans « La Nouvelle Pratique Dermatologique », chapitre dans lequel il expose d'une façon magistrale tout ce qui concerne cette affection, a déjà fait cette remarque, en attribuant à la syphilis un rôle prépondérant, mais non unique, dans l'étiologie de l'Angiodermite purpurique pigmentée. Dans les observations que nous apportons, on peut voir que plus de 44,8 % des malades ont : ou leur réactions sérologiques positives ou des antécédents reconnus (accident primaire avoué).

On trouve très fréquemment chez les malades porteurs d'Angiodermite purpurique pigmentée une déficience ou plutôt une atteinte de tout le système cardiovasculaire. Ce sont très souvent des hypertendus, des cardiaques, des variqueux (40 % des cas de notre statistique), des sujets porteurs de télangectasies des petits vaisseaux des pieds sur lesquels nous voulons attirer l'attention du lecteur.

De temps en temps on peut observer chez les malades porteurs d'Angiodermite purpurique pigmentée des troubles trophiques des ongles des gros orteils. Ces troubles se manifestent ou par une chute spontanée de ces ongles ou par la transformation de ceux-ci en masses cornées épaisses, stratifiées, d'aspect ostréacé, ou en lames épaisses, jaunes, couleur vieil ivoire.

Très fréquemment, on observe les affections pulmonaires comme la sclérose des bronches.

Les troubles hépatiques, l'hypertrophie du foie ou l'hépto-splénomégalie et l'éthylisme se voient très souvent.

Les affections nerveuses, les troubles de la réflectivité tendineuse et pupillaire sont également fréquents.

Les manifestations de l'A. P. P. succèdent souvent à des phlébites des veines des membres inférieurs de toutes origines — post-typhiques, post-partum, etc...

Les traumatismes, les fractures des membres inférieurs, en créant un état circulatoire déficient, contribuent pour une bonne part à l'apparition de l'Angiodermite purpurique pigmentée.

Nous tenons ici, encore une fois, à remercier M. le Professeur M. Favre qui nous a inspiré et nous a guidé pas à pas dans la rédaction de ce travail.

L'ANGIODERMITE PURPURIQUE PIGMENTÉE

DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de relater « in extenso » dans ce chapitre la description de l'Angiodermite Purpurique Pigmentée telle que notre Maître, M. le Professeur Favre, l'a rédigée dans la « Nouvelle Pratique Dermatologique ».

ÉTUDE CLINIQUE

Il est très fréquent d'observer sur les téguments des membres inférieurs des placards plus ou moins étendus, de teinte généralement brune, dont le siège d'élection est la partie inférieure des jambes.

On peut les voir co-exister avec des altérations diverses du système veineux et se compliquer d'ulcérations rebelles.

Il s'agit de lésions cutanées complexes que l'on décrit communément sous les noms tout à fait impropres d'eczémas, d'ulcères variqueux.

Les modifications cutanées consistent principalement en une **pigmentation**, parfois légère, jaune clair, très souvent plus foncée, brune ou brun violacé.

La gamme des colorations que l'on peut observer est, en effet, très étendue ; elle va du jaune clair en passant par le brun, le brun-grisâtre, le gris-fer, aux teintes lilas, violet, noir-violet. La coloration bleue violacée est chez certains malades extrêmement nette : placards de teinte aubergine.

Il n'est pas très rare de noter, au voisinage des zones pigmentées polychromes, des ILOTS DE DÉPIGMENTATION : dans ces cas, sur de vastes surfaces ou sur

des points circonscrits, les régions atteintes présentent un aspect leucomélanodermique évident. La configuration de ces placards pigmentés, comme aussi la dimension des surfaces qu'ils recouvrent, sont très variables ; il est des cas où la pigmentation reste limitée à une tache unique siégeant sur une jambe, alors que chez d'autres malades les altérations cutanées, très étendues, envahissent diffusément les jambes et les pieds.

Souvent disposées en larges **placards continus**, les infiltrations pigmentaires peuvent former des **réseaux irréguliers** ; on peut les voir par places apparaître sous la forme d'un semis plus ou moins serré d'**éléments lenticulaires**.

En examinant les lésions avec soin, on constate la présence, tantôt très évidente, tantôt plus discrète, d'**infiltrats hémorragiques**. On doit parfois, pour les apercevoir, les rechercher attentivement ; ils s'accusent, lorsqu'ils sont peu nombreux, par des petits foyers maculeux circonscrits, punctiformes ou lenticulaires. **Le plus souvent l'élément hémorragique, purpurique, est très apparent.**

Un aspect rare de l'hémorragie dermique est celui d'une infiltration sanguine dense d'un véritable infarctus cutané qui aboutit à une escarre gangréneuse.

La pigmentation brune peut exister sans trace actuelle de purpura ; mais à l'interrogatoire, on apprend à l'ordinaire, pour peu que le malade y ait prêté quelque attention, que les zones actuellement pigmentées ont présenté auparavant une coloration violacée, parfois rouge-bleuâtre. Nous avons d'ailleurs pu voir, sous l'influence du traitement, des placards de teinte auber-

gine se transformer, devenir brunâtres et s'éclaircir peu à peu.

La pigmentation cutanée, qui constitue l'élément objectif le plus apparent des altérations tégumentaires que nous décrivons, est, en effet, sous la dépendance d'extravasations sanguines interstitielles et du dépôt de pigments dérivés de l'hémoglobine.

Pour importants qu'ils soient, la pigmentation et le purpura ne sont pas les seuls phénomènes que l'on peut observer : il s'y joint un degré variable d'inflammation, de dermite, qui se manifeste par une rougeur diffuse plus ou moins marquée, parfois très accusée, et par une desquamation pityriasique en fines lamelles ou en squames micacées qui traduit une évolution épidermique anormale parakératosique.

La peau, dans son ensemble, est le plus souvent infiltrée et indurée ; il existe des **nappes de cellulite** qui, chez nombre de malades, peuvent être aussi épaisses que largement étendues. Chez d'autres sujets, et surtout lorsque des ulcérations et des suppurations ont évolué pendant longtemps, la peau épaissie, dure, collée aux tissus sous-jacents qui font corps avec elle, présente un aspect **vraiment sclérodermique**.

Un dernier élément peut venir s'ajouter à la liste de ces altérations cutanées complexes ; il s'agit d'**ulcérations** qui, à leur début, apparaissent **superficielles, circonscrites, à fond rouge-brun, granuleux, saignant parfois facilement** ; elles se forment en plines zones hémorragiques et pigmentées. Très souvent ces ulcérations s'agrandissent, se montrent rebelles aux divers traitements et se compliquent d'infection secondaire ;

elles constituent alors ce que l'on désigne improprement du nom « d'ulcères variqueux ».

Le syndrome cutané, si typique et si fréquent, que nous venons d'esquisser, est sous la dépendance d'altérations inflammatoires vasculaires et interstitielles des couches cutanées. J'ai proposé, pour le désigner, le qualificatif d'angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs, sous lequel il est maintenant partout connu.

On peut voir l'angiodermite pigmentée et purpurique coexister chez certains malades avec d'importantes lésions veineuses. Bien plus souvent que d'énormes varices ampullaires qu'il est fréquent d'observer sans trace d'angiodermite, il s'agit d'indurations, d'épaississements segmentaires ou nodulaires des parois veineuses alternant avec des dilatations ; il s'agit de canaux veineux creusés en tissu dur (veines à parois de ciment armé). On est ici manifestement en présence de **véritables phlébites chroniques** qui ont souvent d'ailleurs présenté à plusieurs reprises des poussées inflammatoires segmentaires manifestes.

Les lésions ne sont pas seulement cutanées et parfois veineuses : la radiographie systématique de tels malades révèle l'existence fréquente **d'altérations concomitantes profondes qui atteignent en particulier le tissu osseux.**

Sur le tibia, et plus encore sur le péroné, on constate des lésions qui souvent surprennent par leur diffusion et leur intensité. On les observe non seulement à la hauteur, mais aussi très au-dessus du niveau des lésions cutanées ; on peut les voir remonter jusqu'au tiers

supérieur des os de la jambe sous forme d'épaississement osseux, de **périostites circonscrites ou diffuses**. Très fréquentes dans les angiodermites compliquées de lésions ulcéreuses, **elles existent d'ailleurs dans le cas d'angiodermite pure**, où la seule altération cutanée est représentée par l'infiltration hémorragique et pigmentaire, en dehors de toute ulcération.

La même remarque doit être faite des ulcérations et des altérations des grosses veines.

L'angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs peut évoluer et évolue souvent sans ulcère comme aussi sans altération de grosses veines. Ramel a récemment confirmé ce fait dans un très important rapport.

La description que nous venons de donner résume les principaux caractères de l'angiodermite purpurique et pigmentée. On doit cependant y ajouter quelques traits. A côté des éléments typiques d'angiodermite polychrome, j'ai noté chez certains malades le développement aux bords internes des pieds de **véritables angiomes maculeux** s'effaçant sous la pression du doigt.

L'angiodermite pigmentée purpurique peut prendre un aspect **kératosique** que j'ai observé aux orteils, **plaques d'angiodermite à type d'angiokératomes**.

J'ai attiré l'attention dans la thèse de Chaix sur la fréquence de **petites angiectasies confluentes satellites** qu'il est commun d'observer dans les régions sous-mal-léolaires et au dos des pieds chez les malades atteints d'angiodermite purpurique et pigmentée ; elles peuvent être si nombreuses que la peau des régions envahies présente l'aspect d'un coussinet veineux rénitent. **Ces**

divers faits montrent assez la complexité des remaniements vasculaires dans l'angiodermite des membres inférieurs.

Les épaisissements du tissu cellulaire dans l'angiodermite purpurique et pigmentée présentent souvent le caractère **d'être douloureux**, soit quand on cherche à plisser la peau, soit spontanément. Les douleurs spontanées, souvent nocturnes, peuvent être très vives.

Ces douleurs étaient particulièrement intenses dans un cas d'angiodermite **à développement rapide**, dont l'observation nous permet de décrire une **forme aiguë hyperalgique de l'angiodermite purpurique et pigmentée (Gallavardin et Favre)**.

Il est certain que les lésions profondes (osseuses en particulier) interviennent également dans la genèse des douleurs locales.

Les **modifications épidermiques** ont été et sont encore décrites sous le nom d'eczéma variqueux. Il n'y a pas de meilleur exemple des erreurs regrettables de doctrine, d'analyse et d'interprétation qu'a autorisé de commettre le concept si parfaitement imprécis, si lâche et si vague, de l'eczéma. **Le terme d'eczéma variqueux doit disparaître**, car rien ne le justifie. **Les altérations épidermiques de l'angiodermite purpurique et pigmentée secondaires aux lésions complexes dermiques consistent en une parakératose que révèle une desquamation micacée souvent abondante au grattage.** Si l'on vient à rayer avec l'ongle les plaques d'angiodermite, on trace sur la peau une raie blanche squameuse très apparente. Sur une nouvelle série récente de 65 cas d'angiodermite purpurique pigmentée, spé-

cialement observée à ce point de vue, je n'ai pas rencontré un seul cas de lésions exudatives pouvant faire discuter le diagnostic d'eczéma. Il faut d'ailleurs se garder de donner ce nom à des dermites microbiennes ou parasitaires que l'on peut observer parfois dans des cas d'angiodermites purpuriques compliquées d'ulcérations et d'infection secondaire.

Il n'y a pas lieu de revenir sur les altérations des tissus profonds sous-jacents aux plaques d'angiodermite purpurique et pigmentée, pas davantage que sur les lésions veineuses ; il importe d'attirer l'attention sur les **manifestations artérielles et nerveuses**. C'est d'elles que relèvent en particulier les perturbations de la sécrétion sudorale, ainsi que les troubles vaso-moteurs et vasculaires souvent notés chez ces malades.

SYMPTOMES VISCÉRAUX CONCOMITANTS

L'étude de l'angiodermite, limitée à la plaque même, est tout à fait incomplète : **le problème que pose cette maladie n'est pas seulement dermatologique, il doit être tenu pour un grand problème de la médecine générale.** Il ne peut trouver sa solution que si l'examen du porteur d'angiodermite ne se borne pas à la seule analyse des lésions cutanées et ne s'arrête pas à la hauteur des genoux.

J'ai signalé, dans la thèse de Chaix, la fréquence chez ces malades d'altérations viscérales multiples : **cardio-aortiques, vasculaires, pulmonaires, rénales, spléno-hépatiques, etc.** Lorsqu'on l'examine avec soin, le sujet atteint d'angiodermite purpurique et pigmentée apparaît affecté de tares viscérales plus ou moins apparentes, souvent très manifestes, ainsi que l'avait déjà noté Darier.

Nous insistons sur la fréquence de l'hypertension, de scléroses rénales, de lésions nerveuses (perturbation des réflexes tendineux et pupillaires, hémiplegies, cérébro-scléroses), de scléroses viscérales multiples.

L'angiodermite pigmentée purpurique n'est le plus souvent que la manifestation locale, révélatrice de lésions généralisées, surtout vasculaires, et, à ce titre, l'intérêt de son étude dépasse de beaucoup la description dermatologique d'une lésion locale pour intéressante qu'elle soit.

FORMES CLINIQUES

On peut décrire de l'angiodermite pigmentée purpurique des formes pures et des formes compliquées :

1^o ANGIODERMITES PURES NON ULCÉREUSES A LÉSIONS SIMPLEMENT CUTANÉES.

Du point de vue des lésions cutanées, on peut distinguer :

- a) **Une forme extensive à larges placards pigmentés continus ;**
- b) **Une forme à pigmentations réticulées ;**
- c) **Une forme à éléments pigmentés lenticulaires.**

Ces deux dernières formes, la dernière surtout, n'existent pas à l'état pur ; réseaux et éléments lenticulaires s'observant seulement autour des placards pigmentés plus ou moins étendus.

2^o ANGIODERMITES COMPLIQUÉES :

- a) **Angiodermites à lésions purement cutanées compliquées d'ulcères ;**
- b) **Angiodermites ulcéreuses ou non ulcéreuses compliquées de lésions veineuses.**

On ne saurait assez répéter que, si l'angiodermite purpurique pigmentée représente l'altération préparante, la véritable lésion pré-érosive des ulcères dits variqueux, que l'on n'a pas décrite et nettement dégagée jusqu'ici, l'attention ayant surtout été attirée sur l'ulcère une fois constitué, peut évoluer sans ulcère comme aussi sans état variqueux.

Cette lésion si remarquable par la netteté de ses caractères cliniques et anatomiques n'a jamais été en réalité expressément individualisée. On en pourrait trouver quelques traits chez les nombreux auteurs qui ont étudié les ulcères dits variqueux (Broca, Jeanselme), les ulcérations cyanotiques des membres inférieurs (Gougerot), le purpura des angio-scléreux (Gaucher et Lacapère), et ce que les auteurs allemands appellent « le complexe variqueux », dont il importait de dissocier les éléments constitutants et d'en fixer la valeur respective.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne donnerons sur ce sujet que des indications succinctes.

Aux périodes de début, la lésion caractéristique de l'angiodermite purpurique pigmentée **est une angiodermite hémorragique, un granulome hémorragique.**

Si les lésions sont particulièrement intenses dans la partie supérieure du derme, elles n'y sont pas limitées, l'inflammation **atteint le derme dans toute sa hauteur.** Les remaniements vasculaires qui attirent d'abord l'attention sont particulièrement accusés, il se marquent par une **multiplication extrêmement active de nombreux et larges capillaires de structure simple.** Il en est qui montent des profondeurs du derme en suivant un long trajet sensiblement rectiligne ; ils sont souvent réunis en véritables faisceaux (vaisseaux en cierges). Ces néo-vaisseaux, dont les parois sont souvent infiltrées de polynucléaires en voie de migration, sont engainés d'un tissu conjonctif purement muqueux formé de cellules fixes anastomosées et d'un délicat réseau tramulaire.

Le tissu conjonctif intervasculaire ainsi constitué forme autour des capillaires des **gaines claires, très peu résistantes.**

La fragilité des capillaires et de leurs gaines de soutien expliquent la fréquence des hémorragies interstitielles sous des influences mécaniques parfois légères. A cette première période, **la multiplication vasculaire l'emporte de beaucoup sur l'oblitération** que l'on peut observer cependant par places. Dans le tissu conjonctif intervasculaire s'observent des **nodules inflammatoires lymphoplasmatiques**, des globules rouges isolés, et surtout des **hémorragies interstitielles denses**, parfois très étendues, à la périphérie desquelles apparaissent des **blocs de pigment**, jaune clair ou de teinte plus foncée, libres ou inclus dans les éléments conjonctifs.

Certains capillaires néoformés subissent une dégénérescence particulière acidophile. Dans le derme profond on note des altérations parfois très intenses des veines et surtout des artères (panartérites, myomatoses péri-vasculaires).

L'épiderme parakératosique **ne présente jamais les altérations que l'on a dit caractéristiques de l'eczéma**. Il n'est pas rare de le voir traversé par des leucocytes polynucéaires qui s'accumulent dans les squames en micro-abcès qui ressemblent à ceux du psoriasis.

Aux périodes plus avancées, la sclérose succède au granulome hémorragique et s'étend à toute l'épaisseur des couches cutanées ; les poils disparaissent plus tôt que les glandes qui, devenues parfois partiellement kystiques, entourées d'amas pigmentaires souvent considérables, peuvent subsister assez longtemps. Dans le derme planiforme, scléreux, infiltré de dépôts de pigment, les néoformations vasculaires du début ont disparu, et l'on peut voir se former d'énormes vaisseaux à

parois épaisses bourgeonnantes qui sont souvent le siège de thromboses partielles.

La sclérose d'origine vasculaire entraîne l'adhérence au derme, aux tissus profonds (symphyse dermo-aponévrotique). Des transformations myomateuses étendues du derme profond et de l'hypoderme que j'ai observées à plusieurs reprises achèvent de montrer la complexité des altérations inflammatoires évoluant en pareil cas.

Des travaux récents de grand intérêt ont particulièrement attiré l'attention sur l'étude des dépôts pigmentaires dans l'angiodermite purpurique et pigmentée (Diss, José Carrera). Le pigment ferrique, l'hémosidérine, se rencontrent « non seulement dans les histiocytes dermiques, mais aussi dans les mélanoblastes dendridiques de l'épiderme qui forment le chaînon terminal du réseau trophomélanique de Borrel-Masson » (Diss). A côté de l'hémosidérine, on trouve des pigments qui ne donnent pas la réaction ferrique. Pautrier et Diss croient que la présence d'hémosidérine dans le derme peut empêcher l'élaboration du pigment mélanique normal.

Les recherches récentes de Carrera, comme aussi nos propres observations, tendent à faire admettre que cet antagonisme n'existe pas.

La présence en abondance dans les lésions de l'angiodermite purpurique pigmentée de pigments ferriques, d'hémosidérine, a fait classer cette maladie dans un groupe nouveau d'affections : les hémosidéroses cutanées (Pautrier et Diss).

L'angiodermite purpurique pigmentée est la plus typique et la plus fréquente des affections de ce groupe.

Diss la place parmi les hémosidéroses essentielles, dans lesquelles la pigmentation fait partie intégrante du tableau clinique, et qui doivent être distinguées des hémosidéroses accidentelles.

Un nouveau et intéressant chapitre de pathologie dermatologique vient ainsi de s'ouvrir.

PATHOGÉNIE — ÉTIOLOGIE

Les explications purement mécaniques ne peuvent à elles seules rendre compte de l'angiodermite purpurique pigmentée, tant par ses symptômes cliniques que par ses caractères anatomiques, l'angiodermite purpurique pigmentée s'explique par des lésions inflammatoires interstitielles et vasculaires dont les conditions circulatoires locales et d'évidentes actions mécaniques déterminent la localisation et développement aux membres inférieurs. L'altération inflammatoire peut ne porter que sur les vaisseaux dermiques (angiodermite pure) ou atteindre également les collecteurs veineux (angiodermite compliquée). L'infection syphilitique nous a paru jouer ici un rôle très important, ainsi qu'en donne la preuve l'interrogatoire des malades, la nature des accidents viscéraux concomitants, les recherches sérologiques et l'action favorable du traitement longtemps prolongé.

D'autres infections peuvent également intervenir (infections posttraumatiques, phlébites infectieuses diverses : typhique, scarlatineuse, post-angineuse, etc.) ; la tuberculose cutanée, les tuberculides, les mycoses ne nous paraissent jouer qu'un rôle secondaire.

Il en est de même d'intoxications (alcoolisme, saturnisme), d'auto-intoxications (diabète, hépatisme, auto-intoxications d'origine intestinale).

On a invoqué dans la pathogénie des accidents dits variqueux le rôle des glandes à sécrétion interne, de « troubles de l'équilibre endocrino-neuro-végétatif ».

En ce qui concerne les glandes à sécrétion interne, l'accord est loin d'être fait sur la ou les glandes en cause. Resterait d'ailleurs à indiquer l'origine des insuffisances ou des perturbations endocriniennes. Le trouble de l'équilibre endocrino-neuro-végétatif est une explication commode, vague, insuffisamment fondée, et qui se heurte, entre autres nombreuses objections, au caractère nettement inflammatoire des lésions locales et des altérations viscérales qui les accompagnent.

De nouveaux travaux sont nécessaires pour fixer mieux encore la nature et l'importance des causes de l'angiodermite purpurique pigmentée et le mécanisme de leur action.

Du point de vue physio-pathologique, on a fait remarquer que toute hémorragie dermique ne laisse pas de résidu pigmentaire. On a cherché dès lors à donner les raisons de la pigmentation post-hémorragique de l'angiodermite. On a parlé à son propos de « maladie de rétention » : il faut s'expliquer sur ce point.

L'angiodermite purpurique pigmentée ne saurait être considérée comme une maladie de rétention qui peut être mise « en parallèle avec le xanthome, la maladie de Gaucher et de Pick » (Diss). On ne saurait faire de l'angiodermite purpurique pigmentée une maladie de rétention, à moins d'ajouter que cette rétention est

locale, créée et entretenue par des conditions locales, et qu'on ne peut y voir « une prédisposition spéciale du système réticulo-endothélial ».

Dans l'angiodermite purpurique pigmentée, l'accumulation des pigments s'explique par la répétition des hémorragies locales interstitielles et par les altérations locales qui entravent le drainage dermique.

Il faut signaler que, dans quelques cas (2 sur 130 cas de notre statistique actuelle), la production des hémorragies dermiques nous a paru favorisée par un état de dyscrasie sanguine lié à des altérations spléno-hépatiques (Favre et Josserand).

DIAGNOSTIC

Il est presque superflu d'insister sur le diagnostic positif de l'angiodermite purpurique pigmentée. Il s'agit d'une **affection commune** que l'on rencontre aussi souvent dans le service de médecine générale que dans ceux de dermatologie. La localisation d'élection au tiers inférieur des jambes est déjà caractéristique. Il en est de même de l'aspect des plaques, où l'infiltration sanguine, l'infiltration pigmentaire et l'inflammation dermique s'associent en proportions variées, mais où, sous ces combinaisons, il est facile de reconnaître l'angiodermite.

L'étude attentive de nombreux cas d'angiodermite purpurique pigmentée révélera la fréquence des remaniements vasculaires concomitants qui n'ont pas été jusqu'ici décrits (angiomatose maculeuse, phlébectasies multiples satellites, lésions angiokératosiques).

Le porteur d'angiodermite purpurique pigmentée doit être l'objet d'un examen général approfondi dont nous avons montré l'importance.

L'exploration de la circulation locale, l'examen radiographique des os des jambes sont des recherches qui

doivent intervenir dans toute étude complète, il en est de même du contrôle sérologique.

On ne saurait confondre l'angiodermite purpurique pigmentée avec une affection de même siège, mais dont les caractères sont tout différents et qui a reçu différents noms : œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques (Thibierge et Stiassnie), érythrocyanose symétrique sus-malléolaire (Pautrier et A. Ullmo), œdème cyanotique des jambes (Margarot et Truc), erythrocyanosis crurum puellarum, cyanose sus-malléolaire osthostatique (Delater et Hugel), etc. Cette affection devrait porter le nom de Balcer qui, avec Algnier, en a donné, en 1900, la première description sous le nom d' « œdème strumeuse » ; elle est si loin de ressembler à l'angiodermite purpurique pigmentée que, dans sa thèse, A. Ullmo ne soulève même pas la question de leur diagnostic différentiel.

Les lividités asphyxiques de cette **maladie des jeunes filles** sont augmentées par le froid et la station debout : **elles disparaissent par le massage, l'élévation de la jambe et le repos au lit**, bien différentes des infiltrats purpuriques et pigmentaires essentiellement stables de l'angiodermite purpurique et pigmentée. Ce caractère suffirait à lui seul à distinguer des affections de même localisation, mais essentiellement différent tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

La maladie décrite par **Schamberg** en 1901 a été rangée avec l'angiodermite purpurique pigmentée dans le groupe des hémosidéroses cutanées essentielles par Pautrier et Diss.

Si l'infiltration pigmentaire et la surcharge hémossidérosique sont communes aux deux affections, des caractères cliniques et anatomiques extrêmement tranchés les sépare.

La rareté relative de la maladie de Schamberg s'oppose à la fréquence de l'angiodermite (2 cas de Schamberg pour plus de 130 cas d'angiodermite purpurique pigmentée, statistique personnelle).

Le siège d'élection des lésions d'angiodermite est constant et fixe (maximum des lésions au tiers inférieur des jambes).

La maladie de Schamberg est **ubiquitaire** (fesses, pourtour de l'anus, dos, tronc, membres supérieurs, parfois même visage). Elle s'observe surtout chez les hommes, alors que l'angiodermite purpurique pigmentée se voit également dans les deux sexes.

L'aspect des éléments éruptifs de la maladie de Schamberg est très particulier ; ces taches superficielles brunes ou plus pâles, café au lait, sont comme saupoudrées de macules punctiformes rouge brique de la teinte « poivre de Cayenne ». Ces points rouges se voient dans les larges plaques, surtout à la périphérie. Ces larges taches sont d'ordinaire formées de la confluence de taches plus petites.

Ces éléments du Schamberg sont donc bien différents des placards polychromes de l'angiodermite purpurique pigmentée dont la gamme des teintes est beaucoup plus variée, à la surface desquels on observe des macules purpuriques typiques d'aspect commun, différents du piqueté « poivre de Cayenne » formé par ceux

que l'on a appelé, à tort selon nous, les « pétéchie » de la maladie de Schamberg.

Dans cette maladie, la superficialité des taches, l'absence d'infiltration, de cellulite douloureuse concomitante, de troubles subjectifs, d'ulcérations, s'oppose radicalement aux infiltrats souvent épais, aux cellulites douloureuses, aux ulcérations à fond rouge qui complique fréquemment l'angiodermite purpurique pigmentée, où les altérations cutanées s'associent souvent à des lésions de grosses veines.

Il suffit d'avoir vu un cas typique d'angiodermite pigmentée purpurique et de Schamberg pour être convaincu de la netteté des caractères qui les séparent et de la parfaite autonomie clinique de ces deux maladies hémossidérogènes.

Si l'on a signalé dans le Schamberg une atrophie cutanée d'ailleurs très superficielle, inconstante et légère, rien ne rappelle ici les indurations atrophiques d'aspect scléro-dermique de certaines angiodermites pigmentées purpuriques compliquées.

Du point de vue histologique, les différences ne sont pas moins nettes. Les altérations dermiques du Schamberg occupent le derme superficiel (région papillaire et sous-papillaire). On les a vues parfois séparées comme par une limite nette du derme profond (Balbi).

Ces altérations consistent surtout en infiltrats péri-vasculaires très nets dans nos deux observations.

Si Tashiro a noté une nouvelle formation des capillaires dans la zone d'infiltration du Schamberg, cette néo-formation, d'ailleurs discrète, manque le plus souvent — elle faisait défaut dans nos deux cas, — alors qu'elle

est constante et très accusée dans l'angiodermite purpurique pigmentée.

Après Tashiro, quelques auteurs ont observé dans la maladie de Schamberg des petites hémorragies interstitielles ou des globules rouges isolés, **mais la plupart des auteurs ne les ont pas retrouvées**; elles manquaient dans nos deux cas. Au contraire de l'angiodermite purpurique pigmentée, **la maladie de Schamberg est surtout pigmentaire**. Rien ne rappelle ici la fréquence et la densité parfois si remarquable des hémorragies interstitielles de l'angiodermite purpurique pigmentée. Le pigment ou plutôt les pigments donnant (Kingerg) ou ne donnant pas la réaction des sels de fer, ne sont pas dans la maladie de Schamberg aussi abondants et ne forment jamais d'aussi grosses masses que dans l'angiodermite purpurique et pigmentée. Leur répartition secondaire — ce qui ne peut surprendre — est toutefois la même (épiderme, derme et surtout tissu conjonctif pérисudoripare).

Dans les deux cas de maladie de Schamberg que j'ai étudiés et qui étaient très typiques, j'ai été frappé des modifications de l'endothélium et du tissu conjonctif périvasculaire. L'endothélite et le périthélite conjugués, la « pariétite » vasculaire étaient très marqués, et cette constatation autorise à supposer que le mécanisme de la formation du pigment est dans la maladie de Schamberg très particulier et s'opère par hémolyse intravasculaire (Pautrier et Diss) ; le matériel provenant des globules détruits étant repris par les éléments endothéliaux et histiocytaires des parois vasculaires et du tissu conjonctif adjacent, pour être ensuite transporté dans le

derme et jusqu'aux cellules rameuses intraépidermiques.

Le mécanisme de la surcharge pigmentaire et particulièrement de la surcharge sidérosique est, dans l'angiodermite purpurique pigmentée, beaucoup plus évident et beaucoup plus simple. Il y a là entre les deux affections un nouvel et dernier élément important de différenciation.

Le diagnostic de l'angiodermite avec le **purpura annularis téléangiectodes de Majocchi** et avec l'**angioma serpiginosum d'Hutchinson** ne se pose pas en pratique. Ce sont des affections rares dont je n'ai observé aucun exemple et qui soulèvent encore des discussions ; certains auteurs, par exemple, admettent le rattachement au Schamberg de la maladie de Majocchi.

Le diagnostic de l'angiodermite purpurique pigmentée doit être posé **avec divers types de lésion syphilitique** qui, aux membres inférieurs, et plus précisément aux jambes, présente des caractères particuliers. Elles s'y compliquent, en effet, curieusement d'hémorragies interstitielles, de dépôts des pigments, et par là revêtent des caractères qui sont aussi ceux de l'angiodermite purpurique pigmentée. Nous avons insisté dans notre premier mémoire sur ces particularités des lésions syphilitiques quand elles siègent aux jambes. Aux altérations vasculaires interstitielles s'associent des facteurs mécaniques qui donnent à ces accidents **syphilo-mécaniques** un aspect hémorragique qu'ils n'ont pas en d'autres localisations. Nous avons donné plusieurs exemples de lésions syphilitiques purpuriques et pigmentées **de divers types** développées sur les membres inférieurs, et cherché à montrer le grand intérêt d'une étude gé-

nérale des lésions hémorragiques et pigmentées provoquées par la syphilis sur les téguments des jambes.

Gougerot a spécialement attiré l'attention sur les accidents ulcéreux, « les gommès et ulcérations syphilitiques cyanotiques ». Ce n'est qu'un des types cliniques, mais particulièrement net de cette syphilis régionale hémorragique. Dé tels faits doivent être retenus : ils ne surprennent pas, venant d'une maladie dont les affinités vasculaires sont depuis longtemps connus.

Mais de cette notion et d'une communauté d'altérations peut-on tirer argument dans l'interprétation de l'angiodermite purpurique pigmentée, cette curieuse affection non originellement ulcéreuse et qui ne présente pas les caractères aujourd'hui classiques des accidents syphilitiques communs ?

D'un simple rapprochement, on ne saurait rien conclure de valable, mais nous avons assez dit plus haut les raisons d'autre sorte pourquoi nous soutenons que l'angiodermite purpurique pigmentée n'est souvent qu'une forme clinique de la syphilis cutanée hémorragique des membres inférieurs, en ajoutant cependant que toutes les angiodermites purpuriques pigmentées ne relèvent pas de la syphilis.

Les pyodermites, les furoncles seraient, pour certains auteurs, capables de se compliquer aux membres inférieurs d'hémorragie et de pigmentation péri-ulcéreuse (ecthymas cyanotiques) (Gougerot).

Il faut reconnaître que nombre des pyodermites, d'ecthymas communs à pyogènes évoluent sur les membres inférieurs sans entraîner ni hémorragie dermique, ni dépôt pigmentaire.

Quand ces complications se produisent, il y a lieu de se demander si les pyodermites n'ont pas évolué sur un terrain particulier, ou si l'ecthyma tenace, le prétendu furoncle, n'étaient pas des lésions de toute autre nature.

TRAITEMENT

On doit envisager le traitement de l'angiodermite pure et celui de l'angiodermite compliquée.

Le traitement de l'angiodermite pure doit être avant tout étiologique. L'angiodermite n'est pas seulement une affection locale, elle doit faire rechercher les causes pathogènes générales qu'il est important de déceler et de traiter. L'examen complet de chaque malade devra s'attacher à les découvrir.

Le rôle important joué par la syphilis impose la prescription du traitement si l'interrogatoire des malades, le caractère des lésions associées, des stigmates révélateurs **à défaut même de preuves sérologiques**, permettent d'affirmer que l'infection syphilitique est certainement ou très probablement en cause. Le traitement tiendra compte des tares viscérales fréquentes des malades et l'on devra veiller à sa parfaite tolérance.

Les remarquables effets de la médication sont obtenus **par la durée des traitements bien plus que par leur intensité**. Les cures mixtes, prolongées et répétées hydragyro-iodiques sont particulièrement recommanda-

bles. Il en est également ainsi du calomel à petites doses.

Aucune des indications médicamenteuses hygiéniques, diététiques, physiothérapiques indiquées par l'examen des malades, ne devra être négligée ; nous avons particulièrement en vue les indications fournies par l'état du cœur et surtout de la circulation.

Les angiodermites compliquées d'ulcères ou de lésions des grosses veines demandent, **en plus du traitement général**, des thérapeutiques locales.

Nous nous bornons ici à indiquer les bons effets que l'on peut retirer de certaines méthodes de traitement ambulatoire des ulcères, des injections sclérosantes, des procédés physiothérapiques et des cures thermales.

Le traitement des altérations veineuses, bien différentes des grosses ectasies qui compliquent parfois l'angiodermite, demande une expérience particulière. C'est ainsi, par exemple, que les injections sclérosantes ne seront pratiquées qu'en l'absence complète de toute réaction inflammatoire des veines.

Nous possédons aujourd'hui pour la cure de l'angiodermite et de ses complications des règles et des moyens thérapeutiques qui en ont, depuis quelques années, modifié complètement le pronostic ; il faut seulement intervenir tôt, mais plus encore et dans tous les cas persévérer sans se lasser.

Ces conquêtes dans l'ordre thérapeutique ajoutent encore au grand intérêt général de l'étude de l'angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs.

OBSERVATIONS

Nous apportons ici 58 observations de malades porteurs d'**angiodermite purpurique pigmentée** recueillies dans le Service de Médecine générale de M. le Professeur M. Favre à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Edouard-Herriot. Ces observations concernent les malades hospitalisés et consultants durant les années 1932-1937.

OBSERVATION I

M. Kervoka M..., 23 ans. 19 janvier 1932.

Angiodermite purpurique pigmentée chez un sujet jeune porteur de varices. Anomalies dentaires. Réactions sérologiques positives.

Malade hospitalisé pour ulcération de la jambe gauche en voie de cicatrisation, qui a débuté il y a deux ans par une plaque rouge.

L'examen viscéral ne révèle aucune tare.

L'examen de la bouche montre des anomalies dentaires : deux larges incisives supérieures en palette avec incisive latérale droite en grain de riz. Tubercules de Carabelli. Examen sérologique positif.

Sur les deux jambes on note de grosses varices molles avec, par places, des noyaux fibreux, elles auraient commencé à faire

leur apparition vers 18 ans. Sur la face antéro-interne de la jambe gauche, on voit une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée de l'étendue de la paume de la main, de couleur lilas foncé, avec au centre deux croûtes noirâtres. A noter une périostite de la crête tibiale visible à la radiographie.

OBSERVATION II

M. Louis P..., 61 ans. 1^{er} février 1932.

Arthrite du genou. Perturbation des réflexes tendineux. Réactions sérologiques légèrement positives. Angiodermite purpurique pigmentée sur une jambe antérieurement fracturée. Grosses parotides.

Le malade entre dans le service pour une arthrite du genou gauche qui a débuté il y a six mois.

L'examen viscéral permet de constater un foie un peu gros. Le malade avoue un léger éthylisme. Aux poumons et au cœur, rien à signaler. La tension artérielle est à 15,5-9. On note une abolition des réflexes achilléens des deux côtés; abolition du réflexe tricipital. Volumineuse hernie inguinale partiellement réductible. Ses parotides sont très volumineuses. Les réactions sérologiques se sont montrées, après réactivation, légèrement positives.

Le malade est porteur d'une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée qui siège à la jambe droite sur la face antéro-interne. Elle s'étend du milieu de la jambe à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole interne. Son aspect est typique: plaque brunâtre dont la coloration est par endroits plus foncée, ailleurs plus claire. Elle a débuté il y a huit ans par une plaque violacée. Quatre ans auparavant le malade a eu une fracture de la jambe, mais les téguments étaient restés sains. L'affection a été médiocrement évolutive. On observe quelques points purpuriques très discrets.

OBSERVATION III

M. Urbain F..., 67 ans. 11 février 1932.

Alcoolisme. Cyanose de la face
faisant penser à une maladie
de Vaquez. Pneumopathie chro-
nique. Troubles psychiques. An-
giodermite purpurique pigmen-
tée. Ulcère ancien. Varices
concomitantes. Réactions séro-
logiques négatives.

Le malade entre dans le service parce qu'il a des vertiges.

Dans ses antécédents, à noter qu'il a été un très gros buveur ; il est difficile de tenir compte de ses dires. Il est très imprécis, paraît également atteint de troubles psychiques car il se croit parasité par un ventriloque, a été magnétisé, etc...

C'est un sujet à large faciès vultueux avec varicosités faciales — parotides saillantes — faciès rappelant celui des gros buveurs. Il lui est difficile de se tenir sur ses jambes, à cause, dit-il, de vertiges. On ne trouve pas de signes de paralysie ; la force musculaire est conservée, sauf au bras gauche où le malade a eu un traumatisme : luxation ancienne de l'épaule. C'est un tousseur ancien. On perçoit à l'auscultation des râles ronflants dans les deux poumons et une respiration un peu soufflante à gauche. Pas de rate, pouvant faire songer à une maladie de Vaquez. Dans ses urines, on ne trouve ni sucre, ni albumine. C'est un hypertendu, sa tension est à 17-8. Ses réactions sérologiques sont négatives.

Il est atteint d'une angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs, s'accompagnant de dilatations veineuses.

OBSERVATION IV

M. Barthélemy M..., 56 ans. 10 mars 1932.

Sclérose broncho-pulmonaire. Bronchectasies probables. Ethylisme. Abolition du réflexe achilléen gauche. Angiodermite purpurique pigmentée unilatérale compliquée de varices. Réactions sérologiques fortement positives.

Le malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre parce qu'il tousse, crache et qu'il est essoufflé.

Il a toussé et craché depuis qu'il s'en souvient. Le sujet présente une cyanose de son visage et de sa cavité buccale. L'examen pulmonaire montre une obscurité respiratoire qui, à droite et en arrière, occupe les deux tiers du poumon, et est moins étendue à gauche. La respiration est très diminuée et l'on entend des râles peu éclatants, comme étouffés, que l'on pressent nombreux. On a l'impression d'une sclérose broncho-pulmonaire basale et sans doute d'une forme cyanosante de dilatation bronchique. Au cœur, une tendance à l'apparition d'un bruit de galop. La tension artérielle est à 15-9. Le foie est sensible à la palpation ; le malade buvait toujours deux litres de vin par jour. A noter une abolition du réflexe achilléen gauche. Examen sérologique positif.

Au niveau du membre inférieur gauche, on constate de très volumineuses varices. Les veines sont hypertrophiées en golfes et méandres.

Sur la jambe, à la moitié inférieure, et sur le dos du pied, on voit un large placard d'angiodermite purpurique pigmentée d'allure classique. La peau à son niveau s'est ulcérée à plusieurs reprises, elle est épaissie et sensible à la palpation.

Sur la jambe droite, pas de varices. Il n'y a pas de modifications cutanées. A ajouter que la crête tibiale droite est un peu plus saillante et irrégulière.

OBSERVATION V

M. Charles K..., 34 ans. 2 avril 1932.

Traumatisme violent avec attritions tissulaires de la jambe gauche. Angiodermite purpurique pigmentée de cette jambe, non évolutive. Examen général négatif. Réactions sérologiques négatives.

Le malade est hospitalisé pour une plaie du tiers inférieur de la jambe gauche avec lymphangite et grosse adénopathie inguinale. Elle a débuté par un élément rouge surélevé, douloureux qui semble avoir été un furoncle.

Actuellement, à l'examen, malade apyrétique qui ne présente qu'une légère augmentation du foie qui ne déborde que d'un peu les fausses côtes. La tension artérielle est à 16-10. Les réactions sérologiques se sont montrées négatives.

A la jambe gauche, il présente, à part l'ulcération dont il était question plus haut, une plaque cutanée siégeant à la face antéro-interne dont elle occupe le tiers moyen. Cette plaque est par places lilacée, ailleurs elle présente une zone blanchâtre cicatricielle. La bordure est de teinte brun clair. A sa surface, il n'y a pas d'éléments purpuriques, elle a succédé à une grave blessure produite par une explosion de mine il y a trente ans. Le malade dit que la région était toute noire. La lésion a mis deux mois pour se cicatriser, elle s'est réouverte après à plusieurs reprises. Depuis plusieurs années elle est tout à fait éteinte.

Si le placard ressemble à une angiodermite purpurique pigmentée, il en diffère par son évolution et par son étiologie nettement traumatique.

A noter que le malade a perdu spontanément, sans aucune douleur, l'ongle du gros orteil droit. Actuellement, cet ongle est remplacé par une lame cornée, épaisse, jaunâtre, striée transversalement.

OBSERVATION VI

M. Charles-Antoine B..., 75 ans. 2 avril 1932.

Cardiopathie: arythmie complète. Hypertrophie parotidienne bilatérale. Poussée aiguë de cellulodermite purpurique sur une angiodermite ancienne. Induration des muscles du mollet gauche. Réactions sérologiques positives.

Le malade est envoyé dans le service de M. le Professeur M. Favre pour une angiodermite purpurique pigmentée aiguë de la jambe gauche. L'examen général révèle une respiration un peu obscure au sommet gauche. Au cœur, une arythmie complète à 120 avec une tension artérielle à 14-8,5, mais sans souffle. Le foie et la rate ne paraissent pas modifiés. Le malade est porteur d'une énorme hernie scrotale gauche irréductible et inopérable. Ses parotides sont grosses. Les réactions sérologiques qui se sont montrées au début légèrement positives, sont devenues, après réactivation, fortement positives.

M. le Professeur M. Favre, frappé de curieuses lésions des jambes fait consigner la note suivante :

9 avril 1932.

Le malade a présenté sur les membres inférieurs des lésions très curieuses. Lorsqu'il est venu à l'hôpital il souffrait beaucoup de la jambe gauche. Les douleurs étaient quasi-intolérables. Le simple contact des draps réveillait des douleurs extrêmement vives. La jambe apparaissait tendue. Les téguments sur toute l'étendue de la jambe jusqu'au bulbe du tibia avaient une coloration d'un brun clair que l'on peut comparer à celle du café légèrement torréfié.

Sur cette surface brune apparaissaient soit des macules, soit des traînées rougeâtres, nettement purpuriques, ne s'effaçant pas par la vitro-pression. Tous les téguments sont comme injectés, peau et tissu cellulaire sous-cutané forment un bloc, une sorte de gaine, dont la consistance est celle d'une paraffine légèrement

ramollie. Il s'est produit une poussée aiguë de cellulo-dermite purpurique.

Le moindre pincement de la peau dans ces régions injectées est extrêmement douloureux.

Très cohérente jusqu'à la partie moyenne de la jambe, on trouve une zone réservée où n'existent que des lésions discrètes : petits points purpuriques, macules pigmentaires. Sur la face antéro-externe de la jambe au contraire, le long de la crête tibiale, les lésions s'étendent, ainsi que nous l'avons dit, jusqu'au bulbe du tibia. Elles forment un curieux mélange de nappes brunâtres, des macules pigmentaires et des lésions purpuriques.

A la partie supérieure de la jambe, la teinte tégumentaire brunâtre tend, à la périphérie, à tourner au jaune verdâtre, rappelant la teinte dégradée de certaines ecchymoses.

Les lésions purpuriques et pigmentées s'étendent sur le dos du pied et les régions malléolaires.

A l'entrée, il était impossible d'explorer les mollets qui étaient durs.

Aujourd'hui, l'exploration est beaucoup plus commode. On perçoit dans la partie supéro-externe et postérieure de la jambe une induration qui s'étend sur une longueur de 10 c/m sur 6 à 7 c/m de largeur. L'induration profonde paraît siéger dans les masses musculaires.

Le malade a été revu par la suite et minutieusement examiné, surtout au point de vue de l'induration du mollet. Cette induration profonde occupe la partie supérieure du jumeau externe gauche, elle s'étend sur 9 c/m environ de longueur et 7 c/m environ de largeur. On perçoit de la façon la plus nette cette induration étendue en longueur dont l'épaisseur donne l'impression d'être de 1 c/m 5. Elle est légèrement douloureuse. Elle paraît bien s'être développée en même temps que la poussée d'angiodermite aiguë. Le malade, qui est un viscéral à lésions complexes, a voulu quitter le service.

La biopsie proposée de cette myosite certaine n'a pu être faite.

Un début de traitement antisypilitique pour la réactivation a provoqué une fonte commençante de la masse musculaire.

OBSERVATION VII

M. B..., 55 ans. 22 avril 1932.

**Albuminurie. Troubles nerveux
d'origine vasculaire cérébrale.
Syphilis non avouée. Angioder-
mite purpurique pigmentée
avec ulcération. Varices.**

Malade hospitalisé pour albuminurie et troubles psychiques.

L'examen général montre une légère hypertrophie hépatique; le malade est un gros buveur. Sa tension artérielle est à 16-9. La radioscopie montre une aorte un peu élargie et quelques travées hilaires. L'examen du système nerveux montre des réflexes rotuliens vifs, polycynétiques, les achilléens étant un peu faibles. Au niveau du scrotum on aperçoit un vitiligo. Les réactions sérologiques sont fortement positives malgré que le malade nie toute affection vénérienne.

Au niveau des jambes le malade présente des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée.

Sur la jambe gauche et remontant jusqu'au milieu de la cuisse on voit une angiodermite purpurique pigmentée en pleine activité avec des poussées purpuriques. C'est un purpura punctiforme en forme de bouquets confluent en petits amas, alternant avec des taches et des macules pigmentaires plus foncées allant de la teinte jaune clair à la teinte brun noirâtre.

A la région malléolaire gauche, une large angiodermite purpurique pigmentée d'une coloration brun lilacé entoure un ulcère. Sur cette même jambe, on trouve des dilatations variqueuses des veines. Sur la jambe droite, il n'existe pas de varices, et cependant on constate des placards d'angiodermite purpurique pigmentée groupés en bouquets d'une parfaite netteté.

Le malade a fait plusieurs séjours dans le service de M. le Professeur M. Favre pour des vertiges et un ensemble de signes que l'on a rattachés à des perturbations circulatoires cérébrales.

Le traitement antisyphilitique institué d'après les résultats de la sérologie a nettement amélioré le malade.

OBSERVATION VIII

Mme Florentine D..., 55 ans. 23 mai 1932.

Fracture indolore du col du fémur à la suite d'un traumatisme insignifiant. Altérations pupillaires. Cicatrices suspectes des membres inférieurs. Passé obstétrical également suspect. Angiodermite purpurique pigmentée. Réactions sérologiques légèrement positives.

Malade en état de misère physiologique, entre dans le service de M. le Professeur M. Favre pour ulcères dits variqueux avec phénomènes douloureux.

Par hasard on constate une fracture du col du fémur gauche, absolument indolente, qui s'est produite par chute de sa hauteur. La malade n'a accusé aucune douleur.

Au niveau de la jambe gauche, on constate des lésions de cellulodermite avec angiodermite purpurique pigmentée entourant de vastes ulcérations. Ces ulcérations ont débuté il y a seize ans avec l'apparition de varices sur cette jambe. Sur la partie supérieure de la jambe droite, on voit des cicatrices des anciennes ulcérations, probablement d'origine syphilitique étant donné l'aspect dépigmenté au centre et pigmenté à la périphérie de ces cicatrices. Ces ulcères sont survenus sans phlébite ni varices marquées.

La pupille droite est régulière, contractée et réagit très faiblement à la lumière. Le foie est dur, affleurant le rebord costal, la malade accuse un éthylisme moyen (1 litre 5 de vin par jour). Tension artérielle 11,5-9. On ne peut pas obtenir le réflexe achilléen droit. Les réactions sérologiques sont légèrement positives. Les antécédents obstétricaux de cette malade sont chargés : elle a eu deux fausses couches et un enfant mort lors de l'accouchement. Par ailleurs, l'examen est entièrement négatif.

OBSERVATION IX

M. Désiré H..., 55 ans. 23 juin 1932.

Cardiopathie: arythmie complète, dilatation aortique. Pneumopathie chronique des bases. Angiodermite purpurique pigmentée sans varices, très étendue, polychrome. Parakératose de surface. Angiomatose maculeuse et semis d'angiectasies veineuses des deux pieds. Réactions sérologiques fortement et constamment positives.

L'examen de ce malade a montré qu'il est un cardiaque présentant des troubles du rythme symptomatiques d'une arythmie complète. L'examen radiologique a montré un élargissement de l'aorte et ombres en saules pleureurs se prolongeant dans toute l'étendue des bases. Albuminurie légère. Le malade dit n'avoir jamais eu la syphilis, cependant ses réactions sérologiques examinées à plusieurs reprises étaient toujours positives.

Il est porteur de lésions cutanées des membres inférieurs de très grand intérêt.

Au niveau des deux jambes on constate une angiodermite purpurique pigmentée typique, cohérente, en nappe continue, entourant la jambe incomplètement, laissant la face postérieure des jambes épargnée.

Les plaques sont polychromes : brunâtres à la partie supérieure, elles deviennent brun plus foncé en descendant, pour prendre une coloration brune mélangée de violet et lilacée au niveau de la cheville. Ailleurs l'aspect est celui d'un jambon fumé. La peau est ici brillante, vernissée, avec desquamation nette sans trace d'aucune exsudation. Ces plaques d'angiodermite purpurique pigmentée envoient des prolongements sur le dos du pied où l'on peut trouver des éléments purpuriques cohérents ou isolés. Ces éléments purpuriques sont de diverses tailles, les uns petits d'une dimension d'une tête d'épingle en

acier, d'autres plus larges lenticulaires. Sur le bord interne du pied, surtout au centre, on est en présence d'une foule de télangiectasies intradermiques qui donnent une coloration bleuâtre à la peau, elles s'effacent incomplètement à la pression du doigt et forment en ces points une véritable nappe d'angiome veineux de grande netteté. A noter un très faible développement variqueux.

OBSERVATION X

M. Cyprien T..., 55 ans. 5 juillet 1932.

Ethylisme. Cirrhose. Albuminurie persistante avec hypertension artérielle. Modifications des réflexes pupillaires. Réactions sérologiques légèrement positives. Angiodermite purpurique pigmentée avec parakératose de surface.

Malade hospitalisé pour cirrhose éthylique avec ascite et néphrite chronique.

A l'examen on est en présence d'un sujet très gros avec oedème considérable des membres inférieurs et des parties génitales externes avec érythème et légères ulcérations sanguinolentes des bourses. L'urine contient un gros disque d'albumine. L'urée sanguine est à 0,64 0/00. L'abdomen est ballonné avec ascite. A la ponction on retire 6 litres de liquide. Le malade, jusqu'il y a deux ans, buvait trois litres de vin par jour. La tension artérielle est à 17-11. On ne constate pas de lésions du cœur ni des poumons. Les réflexes pupillaires sont très faibles, surtout de la pupille droite. Le malade nie la syphilis et toute affection vénérienne, pourtant ses réactions sérologiques sont légèrement positives.

Sur les deux jambes, à la face antérieure, sur une hauteur de 12 c/m on voit deux larges plaques d'angiodermite purpurique pigmentée de teinte lilacée ; on y voit encore du purpura en activité. La peau est sèche, squameuse, parakératosique, sans aucune trace d'eczématisation. Ces nappes d'angiodermite pur-

purique pigmentée ne se sont jamais ulcérées. Sur la jambe droite, on note au-dessus et en dehors du vaste placard cohérent une plaque plus petite de teinte café au lait de la dimension du creux de la main.

OBSERVATION XI

M. Gilbert J..., 39 ans. 9 juillet 1932.

Varices apparues à l'âge de 19 ans. Chancre syphilitique à 23 ans. Trois ans plus tard, angiodermite purpurique pigmentée bilatérale typique, avec parakératose de surface. Chute spontanée des ongles des deux gros orteils. Réactions sérologiques négatives.

Entre dans le service pour ulcère dit variqueux de la jambe droite.

L'examen général est négatif. Légère dysphonie par un défaut de tension des cordes vocales, sans lésion inflammatoire en évolution. Les examens sérologiques se sont montrés négatifs, néanmoins le malade avoue un chancre syphilitique à l'âge de 23 ans, qui a été traité par des piqûres.

Sur les deux jambes, on constate des varices qui sont apparues à l'âge de 19 ans. Ce sont de grosses dilatations ampullaires, siégeant exclusivement sur les jambes. Des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée apparurent dans les années qui suivirent le chancre. Elles ont débuté par des taches purpuriques qui ont pris peu à peu la teinte brunâtre actuelle. A la jambe gauche, on constate un œdème malléolaire apparaissant pendant la marche et rétrocedant en partie par le repos. Sur une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée polychrome on voit une ulcération sur la face antéro-interne du tibia donnant issue à une sérosité purulente. Cette ulcération est apparue il y a un mois sans cause occasionnelle. Le malade dit avoir eu une ulcération, il y a trois ans, sur la face postérieure de la jambe et qui s'est cicatrisée spontanément. A l'âge de 22 ans, le sujet

a eu une fracture bimalléolaire de cette jambe. Les lésions d'angiodermite purpurique pigmentée s'étendent sur le tiers inférieur de la jambe, elles sont polychromes. Autour de l'ulcération l'angiodermite purpurique pigmentée est violacée. A la périphérie de la plaque on voit des taches purpuriques. La peau est parakératosique avec signe de la raie blanche. Les ongles des deux premiers orteils sont petits, ils sont tombés spontanément et sans douleur à l'époque de l'apparition de l'angiodermite purpurique pigmentée. A la jambe droite, les lésions pigmentaires s'étendent sur les deux tiers inférieurs. Ce sont des taches café au lait, sans lésions purpuriques, sans parakératose.

OBSERVATION XII

Mme N... épouse V..., 42 ans. 13 juillet 1932.

Néphrite chronique hypertensive. Tension artérielle 20-12. Syndrome hépato-splénique sans signes actuels de cirrhose. Résection du coude, sans diagnostic précis. Cicatrices très suspectes d'accidents ulcéreux des membres inférieurs. Angiodermite purpurique pigmentée parakératosique. Réactions sérologiques fortement positives.

Cette malade est envoyée dans le service de M. le Professeur M. Favre pour néphrite chronique hypertensive qui a débuté il y a six mois.

C'est une malade obèse, pléthorique, avec un gros foie non douloureux et une rate perceptible. Dans ses urines on trouve un gros disque d'albumine. L'examen du système cardio-vasculaire montre un gros cœur avec un premier bruit soufflant rude et un éclat du deuxième bruit au foyer aortique. La malade dit qu'elle a eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. Sa tension artérielle est à 20-12. Elle se plaint d'épistaxis très fréquents, de règles très abondantes et de l'essoufflement au

moindre effort. A l'âge de 28 ans, on lui a pratiqué une résection du coude droit qui a abouti à une ankylose. Dans les années qui suivent, surviennent des accidents ulcéreux profonds, destructifs, indolores, qui aboutissent à des cicatrices très profondes que l'on voit aux deux jambes. Ces ulcérations ont touché la peau, les muscles et, en partie, les os. Elles étaient précédées de lourdeurs et de douleurs dans les jambes qui empêchaient la malade de dormir. En outre, on constate des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée au niveau des jambes, plus marquées à droite où elles occupent la moitié inférieure de la jambe, les régions circummalléolaires et s'avancent sur le dos du pied. A gauche, les lésions sont plus discrètes, commencent un peu plus bas sur la jambe, mais sont de même type : elles forment surtout de petits îlots de pigmentation punctiforme qui, par places, finissent par former des amas plus cohérents. Les réactions sérologiques sont fortement positives.

OBSERVATION XIII

M. François R..., 57 ans. 18 juillet 1932.

Varices. Angiodermite purpurique pigmentée chez un malade qui a eu une grave phlébite typhique. Réactions sérologiques négatives, mais sa femme a eu quatre fausses couches et un enfant né avant terme est mort précocement.

Malade envoyé à la consultation pour angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs.

L'examen général est entièrement négatif, sinon une légère bronchite généralisée chantante.

Au niveau du membre inférieur gauche, on constate de très grosses varices siégeant surtout au niveau du mollet. Ces varices sont consécutives à une phlébite post-typhique très grave, à l'âge de 23 ans. Depuis trois semaines le malade a vu se développer sur la face externe de la jambe gauche, un peu au-dessus

de la malléole externe, un placard squameux de la grosseur d'une pièce de 5 francs. Il y a dix jours il a vu apparaître sur la moitié inférieure de la jambe un piqueté hémorragique de purpura sur un fond rosâtre.

Actuellement, on voit un placard légèrement teinté, brun jaunâtre, semé de multiples points purpuriques, rouge foncé. La peau est souple mais parakératosique et l'ongle y trace une raie blanche squameuse ; quelques jours après on voit apparaître sur cette jambe deux plaques annulaires, squameuses, prurigineuses, légèrement suintantes, au sujet desquelles on pourrait soulever la question d'un placard de dermite nummulaire eczématiforme compliquant l'angiodermite. En dehors de ces placards, il n'y a aucune lésion eczématiforme. Une complication s'est donc surajoutée à l'angiodermite à type, de ce que l'on a autrefois appelé « l'eczéma nummulaire ».

Les réactions sérologiques sont négatives, néanmoins il convient de signaler que sa femme a eu quatre fausses couches et un enfant né à 8 mois qui, chétif, est mort à 5 ans et demi.

OBSERVATION XIV

M. Charles-Marie D..., 63 ans. 25 juillet 1932.

Néphro-aortite. Insuffisance aortique. Tension artérielle 17-6. Angiodermite purpurique pigmentée parakératosique. Inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson.

Malade hospitalisé pour grands accidents asystoliques.

En examinant le sujet on constate un ulcus rhodens nasal datant depuis l'âge de 60 ans. Néphrite avec gros œdème des membres inférieurs et gros disque d'albumine dans les urines. Au cœur, on entend un bruit présystolique surajouté aux bruits normaux et un souffle d'insuffisance aortique. Battements artériels, au niveau du cou, très marqués. Sa tension artérielle est à 17-6. A la base droite du poumon on constate un foyer de

congestion avec de fins râles crépitants. Le malade avait présenté plusieurs accès de suffocation nocturne avec expectoration mousseuse. Au point de vue nerveux, on constate une inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens.

Sur la jambe droite, oedème avec vaste placard brunâtre au tiers inférieur de la jambe. La pigmentation est surtout marquée sur la face interne du tibia. La peau est recouverte par de petites squames blanches qui tombent facilement par le grattage. Parakératose très nette avec signe de la raie blanche. Sur la jambe gauche, sur sa face interne, grand placard pigmenté avec squames et parakératose.

Aux deux jambes, la peau est tendue, dure, probablement due à l'oedème en grande partie.

Le malade succombe pendant une poussée asystolique. A la vérification : aortite syphilitique. Gros cœur. Poumon et foie cardiaques.

OBSERVATION XV

M. Joseph P..., 70 ans. 28 juillet 1932.

Misère physiologique. Modifications radiologiques de l'aorte : élargissement avec ombres ramifiées dans les deux bases pulmonaires. Hypertension artérielle. Angiodermite purpurique pigmentée avec parakératose. Réactions sérologiques légèrement positives.

Vient à l'hôpital pour fatigue générale.

Le malade a récemment souffert de privations prolongées.

A l'examen, on constate l'abolition des réflexes achilléens. La tension artérielle est à 18-12. Radiologiquement : élargissement et dilatation de l'aorte et ombres de médiastinite. Réactions sérologiques légèrement positives.

Sur le membre inférieur gauche, sur le dos du pied, on voit des taches d'un brun violet. Au-dessus de la malléole interne, un vaste placard de même teinte, et sur la malléole externe, un autre de dimension plus réduite. Sur toute la hauteur de la face interne et antérieure de la jambe on trouve un fin semis de petites taches purpuriques. La jambe droite présente une légère coloration café au lait avec quelques taches purpuriques. La peau est nettement parakératosique avec raie blanche. Le malade dit qu'au début de la formation, les plaques étaient prurigineuses. Le prurit n'a d'ailleurs pas persisté longtemps.

Les ongles des orteils du malade ne présentent actuellement rien de particulier, mais le sujet dit les avoir perdus spontanément, sans traumatisme, durant son service militaire.

OBSERVATION XVI

M. Jean-Marie G..., 54 ans. 25 septembre 1923.

Angiodermite purpurique pigmentée, très étendue, bilatérale, parakératosique. Malade variqueux. Pleurésie probablement bacillaire.

Le malade est atteint d'une angiodermite purpurique pigmentée bilatérale, beaucoup plus marquée à gauche où elle engaine toute la jambe de ses larges placards brunâtres, gris fer-gris noirâtre. Les placards polychromes, à coloration dégradée, sont semés de quelques îlots de dépigmentation ; ils sont recouverts de squames adhérentes, plus ou moins épaisses, par plaques micacées, donnant le signe de la tache de bougie. La parakératose est ici des plus évidentes ; la dermatose est sèche. A droite, placard périmaléolaire brunâtre.

Sur ces placards ont évolué des ulcères actuellement guéris.

Le malade est un sujet actuellement amaigri, de teinte paille. Il est porteur d'une pleurésie droite, fébrile, et l'on perçoit sous la clavicule un foyer de râles humides de divers calibres. Le malade crache.

Par ailleurs, il a un gros foie remarquablement dur, un peu irrégulier, sans tuméfaction de la rate ni de signes de la série

cirrhotique. Les réactions sérologiques sont négatives. Le malade donne l'impression que les accidents pulmonaires dont il est porteur sont d'origine bacillaire. L'examen des crachats ne permet pas de déceler le bacille de Koch. A noter que le malade est un ancien variqueux qui, il y a huit ans, à la suite d'un traumatisme, était atteint d'ulcère de la jambe et peu après a présenté des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée.

OBSERVATION XVII

Mme Claudine G..., 64 ans. 5 octobre 1932.

Maladie de Parkinson. Perturbation des réflexes des membres inférieurs et des réflexes pupillaires. Angiodermite purpurique pigmentée sans trace d'eczématisation. Pas de données sérologiques.

La malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre pour ulcère de la jambe gauche.

Cette femme, qui n'a que 64 ans, présente à l'examen des altérations pathologiques variées ; ce sont d'abord des lésions nerveuses : c'est une parkinsonnienne nette avec immobilité du masque facial. Elle dit que depuis quelque temps elle pleure facilement ; on ne peut obtenir de réflexes achilléens ni rotuliens. On note une paresse pupillaire avec des lésions de capillarite sur la rétine.

La malade est une adipeuse avec noyaux cellulitiques très nombreux. Elle a eu de l'albuminurie à son entrée.

Par ailleurs elle présente une angiodermite purpurique pigmentée très typique de la jambe gauche, sur le fond brun lilacé de laquelle apparaissent aujourd'hui des cicatrices de l'étendue d'une pièce de 1 à 2 francs qui se sont montrées nombreuses et distinctes les unes des autres. La tension artérielle est à 16-8,5.

OBSERVATION XVIII

M. Lucien M..., 36 ans. 16 octobre 1932.

Angiodermite purpurique pigmentée parakératosique, sans signe d'eczématisation, développée sur une jambe après traumatisme : éclat d'obus. Pleurésie séro-fibrineuse. Présence des bacilles de Koch dans les crachats. Réactions sérologiques négatives.

Le malade est hospitalisé pour une pleurésie séro-fibrineuse fébrile.

A l'examen on constate un épanchement pleural occupant la moitié inférieure de la cavité pleurale droite. La température est à 40°. Sa femme est morte il y a quelques jours de tuberculose pulmonaire. Dans ses crachats on constate la présence de bacilles de Koch. Ses réactions sérologiques sont négatives.

Le malade est porteur d'une angiodermite purpurique pigmentée typique de la jambe gauche. Sur une grande partie elle est formée de points purpuriques et pigmentés distincts. Sur la face externe de la jambe elle est cohérente. Cette angiodermite est apparue en même temps que les varices dont le malade est porteur. C'était pendant la guerre où il a reçu deux éclats d'obus : un dans le mollet, l'autre dans le tendon d'Achille où l'on peut les sentir encore actuellement. Le malade dit que tous les points ou placards, pigmentés actuellement, étaient au début rouges.

Il semble qu'il faille faire jouer un rôle aux accidents locaux bien qu'ils n'aient pas entraîné de phlébite. Rien ne permet d'affirmer le rôle évident d'une spécificité. Les accidents pleuro-pulmonaires actuels sont d'origine bacillaire ainsi que le prouve le résultat de l'expectoration.

OBSERVATION XIX

M. Marius G..., 60 ans. 15 octobre 1932.

Rhumatisme chronique. Sénilité précoce. Stigmates familiaux très suspects. Angiodermite purpurique pigmentée avec cicatrices syphiloïdes. Parakératose de surface. Réactions sérologiques négatives.

Malade hospitalisé pour de vagues douleurs lombaires et dans les jambes.

L'examen des poumons révèle quelques râles congestifs de la base droite. Le cœur est normal. Sa tension artérielle est à 16-8,5. Le malade boit trois litres de vin et des apéritifs par jour. Il nie la syphilis, pourtant sa femme a eu cinq grossesses : dont deux finissant par des fausses couches, un enfant atteint de malformation congénitale (sans cœur ?), deux jumeaux morts à 6 et 7 mois, il ne reste qu'un seul enfant, le premier, survivant. Ses réactions sérologiques sont négatives.

Sur la jambe droite, au tiers moyen et tiers inférieur, on constate une angiodermite purpurique pigmentée formée de petites taches pigmentaires. Ces taches ont été au début rouges. La peau est légèrement parakératosique avec signe d'ongle. Sur cette même jambe on constate deux cicatrices d'ulcères qui guérissent spontanément. Ces cicatrices sont dépigmentées au centre et pigmentées à la périphérie, elles rappellent l'aspect des cicatrices des accidents tertiaires. L'ongle du gros orteil a l'aspect d'une coquille d'huître. Sur la jambe gauche, on constate quelques rares taches pigmentaires avec peau saine, sans parakératose.

Par ailleurs, c'est un malade précocement vieilli, qui, à 60 ans, est un invalide. Il a été atteint de rhumatismes qui, au pied droit, ont abouti à l'ankylose tibio-tarsienne, à l'affaissement de la voûte, à un pied plat avec tendance au valgus.

OBSERVATION XX

Mme Claudine R... épouse H..., 35 ans. 22 octobre 1932.

Troubles oculaires apparus vers 13 ans ayant motivé l'institution d'un traitement prolongé par le cyanure de mercure, par les Professeurs Rollet et Bonnet. Angiodermite purpurique pigmentée typique, ulcéreuse. Varices concomitantes. Parakératose de surface. Cellulite douloureuse des membres inférieurs.

Malade hospitalisée pour la première fois pour ulcère de la jambe avec baisse progressive de la vision. L'ulcère s'est constitué sur une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée, sur une jambe variqueuse avec varices dures. Traitement par le cyanure de mercure. Guérison.

Actuellement, elle revient pour une nouvelle ulcération qui s'est reproduite dans le même endroit en même temps qu'une partie de la surface non ulcérée, on constate une apparition des éléments purpuriques. L'apparition de l'ulcération était précédée par une formation d'une plaque violacée, laquelle est devenue brunâtre. La malade se plaint de très vives douleurs, surtout nocturnes, dans la jambe malade. Elle ne peut pas supporter le contact des draps du lit. Le pincement de la peau est très douloureux. En somme : malade présentant des lésions vasculaires complexes de la jambe. Lésions des petits vaisseaux, se manifestant par l'angiodermite purpurique pigmentée et des grosses veines, par les varices, le long du bord interne de la jambe et du creux poplité.

Ces lésions se sont développées chez une malade atteinte de réactions myopiques du fond d'œil avec atrophie progressive et quelques foyers de choroïdite, vraisemblablement syphilitiques (M. le Professeur Bonnet). Ces lésions oculaires étaient très améliorées par le cyanure de mercure. La fiche sérologique de cette malade a été égarée.

OBSERVATION XXI

Mme Pia G... épouse J..., 62 ans. 22 octobre 1932.

Angiodermite purpurique pigmentée ulcérée, sans varices concomitantes. Parakératose de surface et signe de la raie blanche. Examen viscéral négatif. Obésité. Sérologie non consignée.

Malade hospitalisée pour ulcère de la jambe.

L'examen général ne révèle rien.

Sur la jambe droite, on constate un ulcère des dimensions d'une pièce de 2 francs à fond infecté, saigneux. Il est creusé sur la face interne de la jambe à cinq travers de doigt au-dessus de la cheville. Cette ulcération est entourée d'une large zone d'angiodermite purpurique pigmentée qui est cohérente et étendue sur tout le tiers inférieur de la face interne de la jambe. Sur toute la hauteur de la jambe, on voit de petits éléments pigmentaires et de petites suffusions purpuriques. L'ulcère aurait succédé à un traumatisme. L'angiodermite purpurique pigmentée aurait apparu il y a vingt-six ans par suite d'une piqûre septique, depuis elle a évolué par poussées successives. Sur la plaque d'angiodermite purpurique pigmentée on voit des croûtes qui se détachent facilement. La peau est parakératosique, sans aucune trace d'eczématisation, de suintement, ni de vésiculation.

A noter que la malade a eu deux fausses couches et un enfant vivant qui se porte actuellement bien. Sa tension artérielle est à 14-8. L'examen sérologique de cette malade n'est pas consigné.

OBSERVATION XXII

M. Jean T..., 68 ans. 30 octobre 1932.

Gros cœur, signes d'insuffisance ventriculaire gauche. Albuminurie persistante et hypertension artérielle. Angiodermite purpurique pigmentée. Sérologie négative.

Malade amené à l'hôpital pour œdème et dyspnée d'effort. Malade éthylique, atteint depuis trois ans de troubles cardiaques s'aggravant peu à peu. Récemment, signes très nets de l'insuffisance ventriculaire gauche avec petites crises d'œdème pulmonaire. Cœur volumineux. Albuminurie persistante avec hypertension artérielle à 19.

Angiodermite purpurique pigmentée. Réactions sérologiques négatives.

OBSERVATION XXIII

M. Alice T..., 66 ans. 10 décembre 1932.

Ethylisme. Signes de pré-cirrhose. Hypertension artérielle avec signes actuels de défaillance cardiaque. Angiodermite purpurique pigmentée typique. Réactions sérologiques négatives.

Le malade est envoyé dans le service pour une insuffisance cardiaque.

Le sujet présente un complexe pathologique comprenant :

A) Une hypertension à 17-8, ayant donné lieu récemment à une poussée d'insuffisance cardiaque qui s'exprime : par un souffle systolique d'insuffisance fonctionnelle et la présence de râles congestifs aux deux bases ;

B) Un syndrome hépato-splénique avec un foie un peu dur, rate hypertrophiée, débordant les fausses côtes de trois doigts avec un subictère conjonctival. On peut qualifier le malade de pré-

cirrhotique étant donné : l'éthylisme assez important (3 litres de vin par jour) et la splénomégalie, malgré l'absence de toute trace d'ascite ;

C) Une hydrocèle droite et des hémorroïdes, peut-être liées à l'état hépatique ;

D) Une angiodermite purpurique pigmentée non ulcéreuse et une ostéification des ongles des gros orteils, surtout à droite.

Malgré ces troubles à détermination essentiellement vasculaire on ne trouve dans ses antécédents aucun souvenir d'une maladie vénérienne. Ses réactions sérologiques sont négatives.

OBSERVATION XXIV

M. G..., 35 ans. 16 décembre 1932.

Syphilis à 18 ans. Paludisme à 22 ans. Ethylisme. Sclérose pulmonaire légère. Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale. Réactions sérologiques positives.

Le malade est un habitué du service de M. le Professeur M. Favre, où il a fait de nombreux séjours.

C'est un éthylique qui boit 4 à 5 litres de vin par jour. Il a eu la syphilis à 18 ans et a contracté le paludisme pendant la guerre d'Orient. Il se plaint de très nombreux troubles, mais à l'examen viscéral on ne constate que quelques altérations du murmure vésiculaire aux bases et un affaiblissement du murmure au sommet. Légère hypertrophie hépatique sans signes de cirrhose.

Le malade est porteur aux deux jambes d'une angiodermite purpurique pigmentée qui aurait commencé à se développer à l'âge de 25 ans. Les plaques sont polychromes, de teinte foncée, allant du gris noir à la teinte lilas. Aucun signe d'eczématisation. Parakératose avec signe de l'ongle. Une petite ulcération s'est développée depuis quelques jours sous la malléole interne droite. Les réactions sérologiques ont été trouvées positives.

OBSERVATION XXV

Mme Joséphine M..., 61 ans. 30 décembre 1932.

Angiodermite purpurique pigmentée. Parakératose de surface avec signe de l'ongle. Poussée de purpura nécrotique. Modifications des réflexes achilléens. Chute précoce de toutes les dents. Réactions sérologiques négatives.

Malade hospitalisée pour ulcères des jambes.

La malade est atteinte d'angiodermite purpurique pigmentée typique, très marquée à la jambe droite où elle occupe le dos du pied et la moitié inférieure de la jambe. La pigmentation est en certains points assez accusée pour tirer au brun noirâtre. Ailleurs elle est brun clair, lilacée, de teinte panachée. Parakératose très nette avec signe de l'ongle. On note à la malléole interne des traces d'un ulcère à contours précis, un peu ovulaire, des dimensions d'une pièce de 2 francs qui a mis deux ans à se cicatriser.

A la jambe gauche, mêmes lésions d'angiodermite purpurique pigmentée moins marquées, sur lesquelles sont apparues brusquement des lésions à caractère hémorragique d'assez grande dimension de l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. Elles se sont éliminées par lambeaux sphacéliques. Elles ont laissé sur le dos du pied, la région malléolaire externe, des ulcérations, à fond rouge et contours irréguliers, lesquels évoluent rapidement vers la guérison par le traitement du praticien.

L'examen général permet de constater une très grande adiposité. Au cœur une arythmie marquée avec nombreuses extrasystoles. La tension artérielle est à 14. A noter ménopause précoce à 40 ans et chute prématurée de toutes les dents. La malade a eu 12 enfants dont 7 vivants. Pas de fausse couche. Les réactions sérologiques sont négatives. Les réflexes rotuliens faciles à obtenir, achilléens faibles.

OBSERVATION XXVI

M. Pierre J..., 66 ans. 12 janvier 1933.

Artério-sclérose. Inégalité pupillaire. Inégalité des réflexes achilléens. Angiodermite purpurique pigmentée légère, non ulcéreuse. Pas d'examen sérologique.

Le malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre pour une hémiplegie gauche transitoire qui a débuté par des crises de vertiges et de céphalées intenses.

A l'examen, le malade donne l'impression d'un vasculaire. Il est plutôt pâle, se plaint de vertiges, ses artères sont dures. La tension artérielle s'est montrée variable, le chiffre trouvé pendant le dernier examen est à 17-8. On ne trouve aucun souffle aortique, il n'y a pas de signe évident d'insuffisance nette d'aucun organe. Petit foyer de cortico-pleurite à la base gauche — peut-être transitoire. Inégalité pupillaire : pupille gauche plus large que la droite et à réaction très paresseuse. Le réflexe achilléen droit est plus mou, plus lent, plus épuisable qu'à gauche.

Le malade est porteur d'une angiodermite purpurique pigmentée non ulcéreuse, sans participation des grosses veines et qui est restée très discrète.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont sans importance. Le malade nie l'éthylisme et la syphilis. L'examen ophtalmoscopique est négatif. Légère diminution de l'audition et augmentation de l'excitabilité labyrinthique à gauche. Les vertiges semblent bien en rapport avec l'état vasculaire. On n'a pas de données sérologiques.

OBSERVATION XXVII

Mme Marie D..., 33 ans. 6 mars 1933.

Troubles psychiques d'origine toxique : éthylisme. Phlébite bilatérale ancienne. Pas de varices. Angiodermite purpurique pigmentée post-phlébitique de type classique, mais présentant aux pieds des aspects d'angiomes maculeux. Parakératose sans aucune manifestation eczématisque. Réactions sérologiques négatives.

Malade hospitalisée pour altération de l'état général et pour des troubles psychiques. Elle se croit persécutée. La malade donne l'impression d'une intoxiquée ; c'est en effet une éthylique dont les troubles psychiques se sont rapidement amendés. On relève à l'examen nerveux une paresse pupillaire manifeste. L'attention est attirée sur les altérations cutanées des membres inférieurs. Il faut noter que la malade a eu à l'âge de 23 ans une grossesse compliquée d'albuminurie ; l'enfant né est mort trois jours après l'accouchement, et une grossesse qui se déroula normalement ; l'enfant est actuellement bien portant. Entre les deux grossesses elle a eu deux phlébites des membres inférieurs. Ses réactions sérologiques sont négatives.

Actuellement, au niveau des deux membres, on constate une angiodermite purpurique pigmentée. A la jambe droite, dans la région malléolaire interne siège une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée étendue dans l'axe de la jambe, de 9 c/m de hauteur et de 5 c/m de largeur ; elle est polychrome, par places lilacée, ailleurs brune, semée de points purpuriques récents ; elle se montre donc en pleine activité. A 2 c/m au-dessus de la malléole la plaque se prolonge vers la base du gros orteil par une zone de véritables angiomes superficiels, s'effaçant incomplètement à la pression du doigt, ayant le type dit : ANGIOME MACULEUX. A gauche, on observe également à la région malléolaire interne une plaque cohérente d'angiodermite

purpurique pigmentée du même type que la droite, au-dessus d'elle on trouve quelques rares éléments isolés. Dans la région malléolaire externe, on aperçoit également deux plaques d'angiodermite purpurique pigmentée des plus typiques également en évolution. Sur le bord interne du pied, vers le tiers inférieur de la voûte plantaire on voit des éléments d'angiome maculeux analogues à ceux décrits sur le pied droit. Pas d'eczéma, ni de suintement, ni de vésiculation. Parakératose très nette. Pas de varices nettes.

OBSERVATION XXVIII

Mme Marthe G... épouse T..., 78 ans. 6 mars 1933.

Grosses varices des membres inférieurs. Angiodermite purpurique pigmentée ancienne, compliquée pendant un an d'ulcération. Hypertension artérielle. Inégalité pupillaire, faiblesse des réactions pupillaires à la lumière. Réactions sérologiques négatives.

La malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre pour une douleur articulaire de l'épaule droite.

La malade est une hypertendue. Elle présente une inégalité pupillaire considérable. Les réactions pupillaires à la lumière sont excessivement lentes et faibles. Elle présente une légère albuminurie. Par ailleurs l'examen viscéral est négatif. Les réactions sérologiques sont négatives.

Aux membres inférieurs, il existe des varices très développées qui datent de quinze ans avec lésions diffuses d'angiodermite purpurique pigmentée. A la face interne de la malléole gauche, il existe une cicatrice d'un ulcère qui s'est formé il y a dix ans et qui a duré un an, cicatrice brunâtre des dimensions d'une pièce de 5 francs. Pas de chute d'ongles.

OBSERVATION XXIX

M. Alphonse D..., 59 ans. 8 mars 1933.

Syphilis ancienne non traitée.

Fracture, sans traumatisme violent, de la jambe droite, traitée par des interventions chirurgicales. Apparition sur cette jambe d'une angiodermite purpurique pigmentée non ulcéreuse. Crises comitiales. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson unilatéral. Névrite rétrobulbaire. Leucoplasie commissurale.

Malade hospitalisé pour crises comitiales.

A l'âge de 30 ans, il était atteint de rhumatisme articulaire aigu. A 37 ans, il a eu un chancre syphilitique avec suppuration des ganglions inguinaux. Ce chancre a été traité par des pilules. A l'âge de 51 ans, le sujet tombe de sa hauteur et se fait une fracture spiroïde de la jambe droite. Cette fracture a été traitée par une ostéosynthèse. Un an après la guérison, le malade constate un début de pigmentation de sa cicatrice. Trois ans après il vit apparaître un ulcère sur la cicatrice même. L'ulcère était traité par une dénudation de l'artère fémorale. Après une guérison temporaire, l'ulcère a réapparu à plusieurs reprises.

Actuellement, on aperçoit sur sa jambe droite une angiodermite purpurique pigmentée des plus typiques occupant les deux tiers inférieurs de la jambe et le dos du pied. Elle forme un placard cohérent, fortement coloré à sa partie centrale, où prédominent les teintes brun et lilas et qui va en se dégradant à la périphérie où prédominent les teintes brun clair café au lait. L'infiltration purpurique a surtout été marquée sur la face antéro-interne. Sur le dos du pied, des zones plus claires alternent avec des éclats plus foncés de teinte brunâtre. Aucune lésion eczématisée. Parakératose extrêmement nette. Signe de la tache de bougie très évident. Sur les plantes des deux pieds, on constate un début du mal perforant.

Depuis deux mois, le malade a eu quelques crises comitiales. Sa réflectivité est normale. On note une inégalité pupillaire avec une immobilité de la pupille droite qui est la plus petite. L'examen ophtalmoscopique montre une névrite rétrobulbaire. A noter leucoplasie buccale, rétrocommissurale. Par ailleurs, l'examen viscéral est négatif.

OBSERVATION XXX

M. Louis A..., 62 ans. 14 mars 1933.

Syphilis ancienne non traitée. Tares viscérales multiples. Foie dur, hypertrophié. Glycosurie. Albuminurie. Abolition des réflexes achilléens. Angiodermite purpurique pigmentée ulcérée. Réactions sérologiques positives.

Le malade entre dans le service pour déficience générale de l'organisme.

Le malade est un ancien syphilitique qui a fait un petit traitement au début de sa maladie. Actuellement ces réactions sérologiques sont fortement positives. C'est un vasculaire avec des lésions viscérales multiples. Dans les deux tiers inférieurs de son poumon droit, la respiration est faible, accompagnée de râles lointains. Au cœur, on révèle un deuxième bruit claqué, avec un bruit de galop. La tension est à 16,5-7. Le pouls est régulier mais bondissant. Le foie est dur et augmenté de volume. Les parotides sont légèrement augmentées. Dans les urines on décèle un gros disque d'albumine et 29 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Au point de vue nerveux on constate une abolition des réflexes achilléens, les rotuliens sont un peu faibles.

Ce malade a eu un ulcère dit variqueux de la malléole interne gauche, pour lequel on l'a réformé pendant la guerre. Cet ulcère a laissé une cicatrice plutôt dépigmentée siégeant au milieu d'une large zone d'angiodermite purpurique pigmentée ayant les

dimensions de la paume de la main. Sur cette zone d'angiodermite purpurique pigmentée aucune lésion d'eczématisation, à peine une légère parakératose.

OBSERVATION XXXI

Mme Marie D... épouse B..., 32 ans. 15 mars 1933.

Phlébite post-puerpérale bilatérale suivie de l'apparition d'une angiodermite purpurique pigmentée de type classique, très étendue et présentant sur les deux pieds l'aspect d'angiome maculeux et kératosique (ANGIOKÉRATOME). Cardiopathie : arythmie complète. Réactions sérologiques légèrement positives.

La malade vient dans le service de M. le Professeur M. Favre pour ulcération des orteils.

L'examen viscéral est à peu près négatif. On ne relève chez cette malade qu'une altération du rythme cardiaque : le cœur est en arythmie complète. La malade a eu 4 enfants bien portants, elle a eu une fausse couche. Après son premier accouchement, la malade a eu une double phlébite. Après la guérison, dès qu'elle s'est mise à marcher elle a vu apparaître des ulcérations des malléoles des deux jambes. Ces ulcérations, durant de longues années, se sont alternativement ouvertes et cicatrisées. Elle n'est guérie définitivement que depuis trois ans.

Actuellement, la malade présente aux membres inférieurs des lésions cutanées des plus curieuses. Il s'agit de plaques d'angiodermite purpurique pigmentée qui présentent quelques caractères particuliers. Aux deux malléoles, elles ont le type classique. A noter toute fois qu'à la malléole droite, le placard, assez étendu, est formé d'éléments pigmentés, la plupart séparés, sans poussée purpurique actuelle et qu'il est par places, recouvert

de squames minces, sèches, donnant de la façon la plus évidente, le signe de la tache de bougie. Sur le bord externe du pied gauche on voit se prolongeant depuis la région du tendon d'Achille, jusqu'à la base du petit orteil, une longue traînée d'éléments purpuriques. Le purpura est dans cette région parfaitement net. Aux éléments purpuriques s'intercalent des éléments purement pigmentés ; à la surface d'éléments purpuriques squames adhérentes, parakératosiques. Aucune trace d'eczématisation.

Sur les trois premiers orteils, on voit à la face dorsale et contournant le bord interne du gros orteil une nappe continue, polychrome, par places brune, ailleurs rougeâtre, recouverte d'un mince épiderme en parakératose. Sur le deuxième et le troisième orteils, la coloration est celle d'un angiome maculeux. On retrouve plus nettement cet aspect angiomateux dans l'espace interdigital entre le premier et le deuxième orteils gauches. Les lésions ont ici l'aspect typique d'un angiome maculeux dit congénital.

Il est intéressant de noter chez cette malade à côté des aspects classiques de l'angiodermite purpurique pigmentée, l'aspect angiomateux typique et sa localisation spéciale. Sur ces surfaces angiomateuses il existe en quelques points des formations kératosiques d'ailleurs peu développées : on les voit en particulier à la ligne de contact des deuxième et troisième orteils droits. C'est en ces points que siège une ulcération qui a rapidement guéri depuis que la malade est dans le service.

Ses réactions sérologiques sont légèrement positives.

OBSERVATION XXXII

M. Joseph P..., 48 ans. 17 mars 1933.

Varices d'apparition précoce. Traumatisme de la jambe gauche suivi probablement de phlébite. Apparition consécutive d'une angiodermite purpurique pigmentée non ulcéreuse. Malade hémogénique. Réactions sérologiques négatives.

Hospitalisé pour phénomènes douloureux de la jambe gauche.

On constate sur cette jambe des varices de très gros volume. Ces varices ont débuté à l'âge de 22 ans. C'est sur cette jambe que s'est développée une angiodermite purpurique pigmentée. A la suite d'un traumatisme le malade a eu une très grosse enflure avec impotence fonctionnelle considérable, puis sont apparues des suffusions sanguines. Actuellement à la face antéro-interne il existe une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée tout à fait typique, d'une coloration brun foncé ; parakératose très nette. Cette plaque est sous-tendue par un infiltrat cellulitique, douloureux à la pression. En dehors de la plaque, il existe de petits îlots pigmentaires purpuriques.

La palpation montre dans la profondeur, sur le trajet des vaisseaux, des indurations tantôt nodulaires, tantôt allongées et témoignant de l'importance et de la diffusion des lésions inflammatoires vasculaires.

Par ailleurs, l'examen est négatif : on note seulement un éclat du deuxième bruit à la base du cœur. Tension artérielle 15-8. Les réactions sérologiques sont négatives. A signaler la chute de l'ongle du gros orteil à la suite d'un traumatisme.

A noter que le père du malade a eu une maladie nerveuse qui s'est compliquée de troubles psychiques nécessitant son internement et que son frère est mort d'hémiplégie à l'âge de 40 ans.

A noter également qu'il était sujet aux ecchymoses facilement provoquées surtout à la jambe gauche.

OBSERVATION XXXIII

M. Octave D..., 71 ans. 4 avril 1933.

Paralysie de la corde vocale gauche. Œdème pulmonaire. Insuffisance aortique. Radiologiquement : ectasie de l'aorte. Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale en activité. Les réactions sérologiques sont négatives.

Malade hospitalisé pour une paralysie de la corde vocale gauche.

L'examen pulmonaire décèle un peu de matité des sommets et une respiration un peu soufflante avec quelques râles sous-crépitants aux deux bases. Au cœur, on note la pointe dans le VI^e espace, à l'orifice aortique : un premier bruit soufflant, un deuxième clangoreux. La tension artérielle est à 17,5-9. Le pouls est dur, les artères sinueuses. L'examen laryngologique montre la corde vocale gauche complètement immobile en position para-médiane. Par ailleurs, l'examen viscéral est négatif. On note une ectasie aortique à l'examen radiologique. Ses réactions sérologiques se sont montrées négatives.

En outre le malade est porteur depuis longtemps de deux placards d'angiodermite purpurique pigmentée des plus typiques, siégeant au tiers inférieur des deux jambes. Les lésions sont en activité à droite où l'on trouve encore des macules typiques évidentes. De ce côté également, la peau est plus épaisse, on trouve une cellulite douloureuse étendue sous toute la surface du placard. La lésion n'a jamais été ulcérée. Il n'y a que très peu de varices aux membres inférieurs. Il n'existe aucun signe d'eczématisation à la surface des deux plaques, mais une parakératose des plus nettes avec raie blanche. Les ongles des orteils sont épais, de teinte gris sale. Petite périostite sternale.

OBSERVATION XXXIV

M. Alfred-Ernest L..., 57 ans. 15 avril 1933.

Angiodermite purpurique pigmentée typique. Etat variqueux très peu accentué. Traumatisme de guerre de la jambe gauche : éclat d'obus ayant entraîné une paralysie du sciatique poplité externe. Abolition bilatérale des réflexes achilléens. Femme morte d'une affection médullaire ayant nécessité un traitement spécifique.

Malade envoyé en consultation pour une angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs.

A l'examen, on est en présence d'un malade porteur d'une angiodermite purpurique pigmentée typique formant, tantôt des plaques cohérentes de couleur tabac clair, ailleurs virant sur le noir violacé. En d'autres points, l'angiodermite purpurique pigmentée se marque par des éléments espacés, punctiformes, formant des semis serrés des éléments espacés. On en trouve quelques autres jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Une seule ulcération s'est produite à la malléole externe gauche, elle a duré un mois environ.

A noter que le sujet a été blessé par un éclat d'obus dans le creux poplité gauche. Cette blessure a produit une paralysie du sciatique poplité externe. On note une abolition des réflexes achilléens des deux côtés. Pas d'examen sérologique consigné dans l'observation.

Les lésions d'angiodermite purpurique pigmentée ont débuté il y a une dizaine d'années par des petites taches purpuriques qui se sont foncées progressivement, sont devenues confluentes et, depuis l'an passé, ont constitué des plaques que l'on voit actuellement. Le malade a peu de varices, il paraît être un pré-cirrhotique : abdomen météorisé, circulation collatérale dans la région épigastrique, urines rouge foncé.

Il faut noter que la deuxième femme du malade avec laquelle il a été marié dix ans a succombé d'une affection médullaire qui a entraîné l'impossibilité de la marche et pour laquelle on l'a traitée par des piqûres. Sa tension artérielle est à 11,5-6,5.

OBSERVATION XXXV

Mme Claudine Ch..., 65 ans. 19 avril 1933.

**Zona thoracique. Angiodermite
purpurique pigmentée. Réac-
tions sérologiques négatives.**

La malade est venue dans le service de M. le Professeur M. Favre pour un zona thoracique droit avec éruption peu confluyente, en îlots espacés.

Pendant plus de dix ans elle a eu à la région malléolaire externe gauche un ulcère dit variqueux. Plus tard elle a vu apparaître sur la jambe des plaques d'angiodermite purpurique pigmentée qui ont évolué aux deux régions malléolaires internes et, fait à noter, sur le dos des pieds un peu en arrière des orteils. Toutes ces lésions sont pour la plupart au stade pigmentaire ; elles ne présentent pas actuellement de poussées purpuriques récentes. Sur aucun de ces placards d'angiodermite purpurique pigmentée on n'observe de lésions eczématisques, mais au contraire une parakératose psoriasiforme extrêmement nette avec raie squameuse et signe de la tache de bougie.

A noter chez cette malade une tachy-arythmie des plus nettes, symptomatique d'une arythmie complète. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

OBSERVATION XXXVI

Mme Marie B..., 70 ans. 21 avril 1933.

**Aortite syphilitique avec angor.
Double souffle aortique. Phlé-
bite droite. Indurations muscu-
lo-tendineuses fixant les deux
pieds en équinisme. Angioder-
mite purpurique pigmentée bi-
latérale ulcéreuse. Réactions sé-
rologiques fortement positives.**

La malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre pour crises d'angine de poitrine. Ces crises ont débuté il y a peu de temps sans effort. La malade, pendant la crise, reste immobilisée par la douleur rétro-sternale qui s'irradie au bras gauche avec impression de mort imminente.

A l'examen, au cœur on trouve une insuffisance aortique avec souffle diastolique et petit souffle systolique. La tension artérielle est à 16,5-6. Dans le creux sus-claviculaire droit, on sent une masse pulsatile, probablement une ectasie aortique. Il s'agit certainement d'une aortite syphilitique étant données ses réactions sérologiques fortement positives. Aux poumons, on entend quelques petits râles fins, siégeant à la base droite, éclatant sous l'oreille après la toux.

Le père de la malade est mort à 82 ans d'un ictus. Un frère mort d'angine de poitrine. Une sœur actuellement en bonne santé. Son mari est mort d'un néoplasme du rectum. Elle a eu un seul enfant mort-né. A l'âge de 50 ans, elle fait une chute et à la suite de quoi elle a eu une phlébite à la jambe droite. La malade prétend avoir eu une embolie pulmonaire en même temps. Tout de suite après, la malade fut traitée pour une maladie de Basedow.

Peu de temps après sa phlébite elle a présenté à la même jambe droite, à la cheville, une plaie dite variqueuse. Deux ans après, même accident à la jambe gauche. Ces accidents ulcéreux ont été précédés par des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée typique. Les lésions d'angiodermite sont en effet d'as-

pect classique, à leur surface la peau ne présente aucune lésion d'eczématisation, mais une parakératose des plus nettes avec signe de la bougie et raie squameuse. Les deux pieds sont en équinisme. Sur les tendons d'Achille des deux jambes, depuis leurs insertions sur le calcanéum, en remontant le long des tendons et dans les muscles, on perçoit des indurations des parties molles qui sont sans doute, les indurations musculaires en particulier, responsables de l'équinisme.

OBSERVATION XXXVII

M. Claude M..., 65 ans. 5 mai 1933.

Syphilis ancienne. Réactions sérologiques positives. Lésions génitales. Arthrite du genou droit. Hypertrophie parotidienne bilatérale. Inégalité pupillaire. Angiodermite purpurique pigmentée avec parakératose. Petits angiomes maculeux et angiectasies des pieds.

Le sujet est hospitalisé pour mauvais état général.

C'est un sujet obèse qui se plaint de multiples troubles. Il a eu la syphilis à l'âge de 18 ans. Sa femme est morte d'hémorragie cérébrale à l'âge de 56 ans. Elle a eu deux fausses couches. Il faut retenir de l'examen de ce malade, l'existence de lésions génitales : kyste de l'épididyme à droite ; à gauche, testicule volumineux, dur, avec légère réaction de la vaginale. Arthrite du genou droit qui est très augmenté de volume. Hypertrophie bilatérale des parotides. Inégalité pupillaire.

Aux membres inférieurs : il existe au tiers inférieur de la jambe droite, une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée peu étendue, de teinte brunâtre et qui est le siège d'une parakératose indolore. On en retrouve un petit placard à gauche.

Aux deux jambes, en particulier à droite, on perçoit de grosses dilatations variqueuses que le malade présente depuis l'âge

de 19 ans. L'an dernier il a reçu des injections sclérosantes, aussi retrouve-t-on quelques cordons veineux sclérosés très indurés. Après la marche, les jambes sont le siège d'oedème et de douleurs. Enfin, de fines angiectasies existent sur les deux pieds et à la face externe de la jambe droite ; on en retrouve à la partie supérieure du thorax. Pas de chute d'ongles. Ses réactions sérologiques sont fortement positives.

OBSERVATION XXXVIII

M. André R..., 61 ans. 7 mai 1933.

Traumatisme ancien (écrasement de la cuisse droite). Phlébite consécutive. Angiodermite purpurique pigmentée développée peu après l'accident et tout récemment ulcérée. Intégrité viscérale. Réactions sérologiques négatives.

Le malade entre dans le service pour une ulcération de la jambe droite.

Le début de cette affection remonte à six mois, elle s'est produite sur une angiodermite purpurique pigmentée dont l'apparition remonte à l'accident qu'il avait subi. Il y a treize ans, à l'âge de 48 ans, il a eu la cuisse droite écrasée par une voiture. Dans un service de chirurgie on lui fait une ligature de l'artère fémorale profonde. On trouve actuellement des cicatrices de cette intervention. Cette opération s'est compliquée d'une thrombose de la veine fémorale, d'une infection staphylococcique et d'une pleurésie. Actuellement, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe droite, sur sa face antérieure, il existe une ulcération arrondie de l'étendue d'une pièce de 2 francs, les bords sont taillés à pic et réguliers. Le fond est rougeâtre, recouvert d'un enduit visqueux de couleur jaune, d'où suinte une sérosité louche. A la face externe on relève une autre ulcération moins étendue mais présentant les mêmes caractères. Tout

autour de ces ulcérations, les téguments sont infiltrés, lardacés, épaissis, la peau est le siège d'une angiodermite purpurique pigmentée de teinte brunâtre avec parakératose. Sur le bord interne du pied, angiectasies et petites zones d'angiomes maculeux. Le pied est en équinisme, ramassé, tassé, tend à devenir carré, les orteils sont comme ramenés sur la partie dorsale du pied. Sur son bord externe, il porte trois dépressions creusées dans un épiderme corné. Sur la jambe gauche, on constate quelques varices et un début d'angiodermite purpurique pigmentée.

L'examen général est entièrement négatif.

OBSERVATION XXXIX

M. Jean P..., 67 ans. 21 mai 1933.

Epilepsie. Leucoplasie buccale.
Troubles psychiques. Varices.
Angiodermite purpurique pigmentée ulcéreuse. Les réactions sérologiques sont négatives.

Il s'agit d'un malade qui prit un étourdissement dans la rue et a été amené à l'hôpital. Il a présenté des crises comitiales typiques. L'examen révèle l'existence d'une leucoplasie buccale bilatérale. La réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée négative. Sa tension artérielle est à 15-9. Ethylisme de 2 à 3 litres par jour. L'examen viscéral est à peu près négatif. A 35 ans, fracture accidentelle de la jambe droite. Marié, sa femme n'a pas eu ni d'enfant, ni de fausse couche.

Aux membres inférieurs, le malade présente des altérations vasculaires complexes. Ses veines sont par places dilatées, ailleurs atteintes d'indurations nodulaires un peu étendues, très apparentes à la palpation. Au tiers inférieur de la jambe gauche, petite ulcération à fond rougeâtre entourée d'une zone d'angiodermite purpurique pigmentée. Les téguments sont sur cette place parakératosiques, sans trace d'eczéma. Sur la face dorsale et le bord interne des deux pieds, éléments multiples de télangiectasies capillaires et veineuses.

Le malade paraît bien un vasculaire, son état psychique est un peu déficient. Ces accidents comitiaux tardifs, doivent être attribués à la même cause.

OBSERVATION XL

Mme Marie V..., 57 ans. 3 juillet 1933.

Aortite. Double souffle de la base. Gros foie. Inégalité pupillaire. Cicatrices suspectes de la région sternale. Angiodermite purpurique pigmentée. Réactions sérologiques fortement positives.

L'observation concerne une malade qui est venue consulter pour un vieil ulcère de la jambe. On a jugé son hospitalisation nécessaire.

En examinant la malade on constate à la région sternale supérieure, les traces d'ulcérations qui ont mis plusieurs mois à se cicatriser et que l'on a simplement traité par les moyens externes.

L'examen viscéral révèle au cœur un double souffle systolique et diastolique. Le foie est gros et un peu dur. Inégalité pupillaire avec immobilité de la pupille gauche. Réactions sérologiques fortement positives.

Sur la jambe, la malade présente un ulcère survenu il y a dix ans à la région malléolaire. Cet ulcère s'est fermé pendant quelques rares périodes, le plus souvent il a été ouvert. Il a 5 c/m de longueur sur 3 c/m de largeur ; son fond est recouvert d'un exsudat jaunâtre concrété, ses bords sont durs et forment un bourrelet. Il s'est développé sur une plaque brunâtre à siège malléolaire. D'autres ulcérations se sont formées ultérieurement à la face antéro-externe de la jambe, mais n'ont pas eu la durée du grand ulcère malléolaire. Tout autour de l'ulcère s'étend une vaste nappe d'angiodermite purpurique pigmentée, par places rosée, ailleurs lilacée et tirant sur gris fer, sur le violet terne. La plaque remonte jusqu'à mi-jambe. Elle est surtout développée à

la face interne de la jambe. A la face externe, se voient des cicatrices dépigmentées au centre, pigmentées à la périphérie, qui ressemblent à des lésions d'un caractère bien différent des accidents que l'on voit sur la face interne. Elles rappellent plutôt l'aspect des syphilides gommeuses cicatrisées.

OBSERVATION XLI

M. D..., 47 ans. 19 août 1933.

Pneumonie. Fièvre typhoïde ancienne. Angiodermite purpurique pigmentée ulcéreuse, unilatérale. Réactions sérologiques négatives.

Il s'agit d'un malade hospitalisé pour une pneumonie typique du lobe supérieur droit qui a évolué normalement et sur laquelle nous n'avons pas à insister.

Au cœur, rien à signaler. Tension artérielle à 17,5-7,5. A signaler l'absence d'un testicule qui aurait été enlevé par intervention à la suite d'une chute. A l'âge de 27 ans, le malade contracte la fièvre typhoïde, nous ne savons pas si elle a été suivie de phlébite.

Au membre inférieur droit, une grosse dilatation veineuse que l'on peut suivre jusqu'à la racine de la cuisse. Il existe en outre, une angiodermite purpurique pigmentée qui s'étend en botte sur deux tiers inférieurs de la jambe et le dos du pied. Elle aurait débuté à l'âge de 33 ans. C'est une vaste plaque de teinte lilas qui est le siège de parakératose nette, elle n'est pas douloureuse. Il existe deux ulcérations arrondies rougeâtres. Cette jambe est très souvent le siège d'œdème. Les réactions sérologiques sont négatives.

OBSERVATION XLII

M. Pierre M..., 38 ans, 25 septembre 1933.

Néphrite chronique. Sclérose pulmonaire. Angiodermite purpurique pigmentée avec petites ulcérations. Réactions sérologiques négatives.

Le malade est envoyé dans le service pour des accidents viscéraux divers et surtout pour des lésions cutanées d'évolution chronique, siégeant aux membres inférieurs.

Depuis l'âge de 22 ans, il présente une albuminurie qui a succédé à un purpura hémorragique généralisé suivi d'une seconde scarlatine. (Il a eu dans son enfance une scarlatine qui passa sans laisser de séquelles.) Aux poumons, on décèle des signes de sclérose diffuse. La tension artérielle est à 13-7.

Les lésions cutanées, des membres inférieurs, consistent en lésions pigmentaires et purpuriques qui sont légères aux pieds et à la jambe gauche, se bornent à des macules purpuriques isolées ou groupées en petits bouquets au sein d'îlots pigmentaires de teinte claire. On trouve des lésions de ce genre sur la moitié inférieure de la jambe et sur le dos du pied. Dans la région malléolaire on voit une petite ulcération du diamètre d'un petit pois.

Le tibia gauche, à la partie moyenne de l'os, est manifestement saillant sur son bord et sa face cutanée.

A droite, les lésions sont beaucoup plus étendues. Vastes plaques d'angiodermite purpurique pigmentée, cohérentes, polychromes, à teinte fondamentale lilacée, plus sombres et presque noirâtres à la périphérie sur lesquelles évoluent encore de petites ulcérations relativement superficielles. La peau est squameuse ; signe de la tache de bougie avec parakératose. Aucun signe pouvant faire penser à l'eczéma. La plaque principale est des dimensions d'une paume de la main. A sa périphérie îlots pigmentaires, isolés ou cohérents ; cellulite peu accusée.

L'ongle du gros orteil, jaunâtre, est partiellement décollé. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

OBSERVATION XLIII

M. Camille T..., 38 ans. 10 juin 1935.

Angiodermite purpurique pigmentée des plus typiques de la jambe droite, chez un malade ayant eu une fracture ouverte de cette jambe et une phlébite consécutive. Aucune trace d'eczéma variqueux. Parakératose psoriasiforme satellite.

Malade qui vient à la consultation pour une sciatique gauche.

Sur la jambe droite, on voit une angiodermite purpurique pigmentée qui est apparue après une fracture de jambe par écrasement. Cette fracture a nécessité des interventions chirurgicales, et a été compliquée d'une phlébite qui a duré deux mois.

Bien que le malade a eu une sciatique que les injections de Muthanol ont rapidement améliorée, il n'y a pas de raison de penser chez lui à la syphilis. Ses réactions sérologiques sont négatives.

OBSERVATION XLIV.

M. Joseph B..., 62 ans. 12 juillet 1935.

Angiodermite purpurique pigmentée. Aucune trace d'eczématisation. Parakératose avec signe de la raie blanche. Chute spontanée des ongles. Réactions sérologiques négatives.

Le malade vient à l'hôpital pour des ulcérations de la jambe.

Le début des ulcérations cutanées remonte à dix ans environ. Elles avaient été précédées par l'apparition sur les jambes, particulièrement à droite, d'une plaque rouge violacé. Le placard s'agrandit peu à peu jusqu'à occuper la moitié inférieure de la

jambre droite. A gauche, les lésions sont restées très discrètes. Avant même l'apparition de ces plaques, le malade a eu à la jambe droite, à sa partie interne, au milieu de la jambe, une ulcération qui a guéri en laissant une cicatrice dépigmentée au centre et extrêmement pigmentée en bordure.

L'examen viscéral du malade est négatif. On constate seulement une légère inégalité pupillaire. Le malade nie la syphilis. Les réactions sérologiques sont négatives.

Actuellement, sur la jambe droite, on constate une large plaque d'angiodermite purpurique pigmentée polychrome, par places brun foncé, brun violacé, lilacée, ailleurs de teinte plus claire. Elle a été le siège d'ulcérations qui ne se sont plus reproduites depuis plusieurs années. Lésions pigmentaires très discrètes de la partie inférieure de la jambe gauche.

A noter que le malade a perdu à plusieurs reprises les ongles des gros orteils et qu'il n'a jamais existé la moindre trace d'eczématisation, mais une légère parakératose se traduisant par le phénomène de la raie blanche.

OBSERVATION XLV

Mme Françoise M..., 53 ans. 9 avril 1935.

Angiodermite purpurique pigmentée. Parakératose avec signe de l'ongle. Poussées purpuriques actuelles. Chute spontanée d'un ongle du pied. Hypertrophie et induration hépatique. Réactions sérologiques positives.

Malade entrée dans le service pour ulcères dits variqueux de la jambe droite.

Elle était déjà hospitalisée pour des ulcères. Ils étaient traités et guéris par « le traitement du Praticien ». L'ulcère actuel est apparu il y a huit mois après un traumatisme de la jambe droite.

L'examen général montre un foie gros qui paraît irrégulier et un peu dur. Par ailleurs, l'examen est négatif. La tension arté-

rielle est à 16-12. Les réactions sérologiques sont très positives.

Au niveau des jambes, la malade présente des altérations étendues.

A droite, au tiers inférieur de la jambe, on note un large placard d'angiodermite purpurique pigmentée qui enveloppe toute la région malléolaire interne et la face antérieure de la jambe. Il est de coloration polychrome, là rosé, là lilacé, là brunâtre. Aucune trace d'eczématisation, parakératose légère avec raie squameuse. Au-dessus du placard d'angiodermite purpurique pigmentée, remontant le long de la face interne de la jambe, jusqu'au milieu de la jambe, on note que le tissu cellulaire est épaissi, sans modifications extérieures de la coloration. Cette cellulite est remarquablement dure et ferme. Sur le bord interne du pied on remarque un élément hémorragique, légèrement infiltré, d'un diamètre de 1 c/m environ. L'ongle du gros orteil de ce côté était à l'entrée de la malade, partiellement détaché dans ses deux tiers antérieurs. Il est tombé spontanément les jours suivants. Sur cette jambe droite, on observe des dilatations variqueuses modérées et portant sur la saphène interne.

A gauche, on trouve une cicatrice d'une ancienne ulcération. Elle siège au-dessus de la malléole interne, elle occupe une surface de 8 c/m sur 7 c/m, son centre est dépigmenté tandis que la bordure est fortement pigmentée. Cette cicatrice est entourée d'un placard d'angiodermite purpurique pigmentée sans lésions actuellement hémorragiques. Au bord interne on trouve une suffusion hémorragique, c'est un élément des dimensions d'un pois environ, entouré de quelques petites macules purpuriques. Le système veineux de cette jambe est très altéré. On constate des ampoules veineuses au-dessus du placard d'angiodermite purpurique pigmentée creusées dans un tissu extrêmement dur. L'ongle du gros orteil, de teinte vieil ivoire, est décollé dans ses deux tiers antérieurs. A noter que la malade a vu ses règles supprimées à partir de l'âge de 32 ans, qu'elle n'a pas eu d'enfant.

OBSERVATION XLVI

Mme Jeanne B..., 80 ans. 5 janvier 1936.

Angiodermite purpurique pigmentée ulcéreuse. Aucune altération des grosses veines. Aucune trace d'eczématisation. Intégrité viscérale. Réactions sérologiques négatives.

Malade hospitalisée pour ulcère de la jambe gauche.

L'examen viscéral ne décèle aucune tare viscérale. La tension artérielle est à 15-9. La sérologie est négative.

L'affection cutanée a débuté, il y a un an environ, par une plaque d'un rouge foncé, violacé, qui a été légèrement prurigineuse. Cette plaque s'est ulcérée après un léger traumatisme. Des pansements humides ont fait disparaître complètement l'ulcération. Il y a deux mois, une nouvelle ulcération s'est produite. Actuellement on voit cette ulcération à six travers de doigt au-dessus de la malléole externe, elle a 8 c/m de longueur sur 4 c/m de hauteur et est relativement peu profonde. L'ulcération est recouverte d'un opercule sphacélique, son fond est formé par du tissu de granulation. Sa teinte est rouge brun carminé. L'ulcération est creusée sur un tégument présentant des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée manifestes. Il n'existe aucune lésion d'eczématisation. A la face antérieure du cou-de-pied, on trouve un large élément purpurique cohérent, lilas foncé, avec épiderme aminci à sa surface, il a les dimensions d'une pièce d'un franc ; il est remarquable par sa netteté et sa circonscription. A la jambe droite, il existe quelques lésions d'angiodermite purpurique pigmentée très discrètes. A noter que la malade n'a jamais eu de varices.

OBSERVATION XLVII

M. Joseph C..., 63 ans. 1^{er} février 1936.

Angiodermite purpurique pigmentée. Périostite tibiale droite. Chute spontanée des ongles des deux gros orteils. Pyodermite récente avec dermite secondaire. Perturbation des réflexes achilléens. Souffle systolique de la base du cœur. Réactions sérologiques fortement positives.

Malade porteur depuis plusieurs années d'ulcères dits variqueux. Rentre dans le service pour la même affection.

A la jambe gauche, ulcère à fond rouge peu creusé, entouré d'une vaste nappe d'angiodermite purpurique pigmentée. Périostite douloureuse très nette du tibia droit à sa face antéro-interne. On constate sur cette jambe des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée du type pigmentaire. Récemment ce malade a eu des pyodermites des pieds. Les lésions suppurées sont guéries, mais elles ont laissé comme reliquat une dermite à desquamation lamelleuse, d'aspect collodionné. Chute spontanée des ongles des deux pieds à diverses reprises.

L'examen viscéral montre une faiblesse considérable des réflexes achilléens. Paralysie faciale ancienne. Souffle systolique de la base du cœur. Réactions sérologiques fortement positives.

OBSERVATION XLVIII

Mme Stéphanie P..., 67 ans. 10 octobre 1936.

**Hypertension avec gros cœur.
Sclérose pulmonaire. Atrophie
rétinienne avec choroïdite myo-
pique. Très grosses varices. An-
giodermite purpurique pigmen-
tée bilatérale. Pas de rensei-
gnements sur la sérologie.**

La malade est hospitalisée dans le service de M. le Professeur M. Favre pour varices des membres inférieurs et des accidents d'angiodermite purpurique pigmentée.

A l'examen : malade en bon état général, très hypertendue, sa tension artérielle est à 20-12. Le cœur est gros, avec un éclat du deuxième bruit à la base. Sur la paroi abdominale on note un vitiligo, dans le flanc gauche de l'abdomen on sent une masse douloureuse paraissant péri-intestinale, dont il est difficile de préciser la nature.

Aux poumons, on décèle des signes de sclérose. L'examen oculaire décèle que la pupille gauche réagit mal à la lumière et une atrophie rétinienne avec une choroïdite myopique (M. le Professeur Bonnet).

A la jambe gauche, vaste plaque d'angiodermite polychrome, actuellement sans ulcération. A droite, au tiers inférieur de la jambe (partie externe), assez nombreux points purpuriques et pigmentations lenticulaires diffuses. La malade est très variqueuse. L'examen sérologique n'est pas consigné dans l'observation.

OBSERVATION XLIX

M. Julien V..., 48 ans. 23 octobre 1936.

Sclérose pulmonaire diffuse. Syphilis ancienne. Lésions mutilantes du nez. Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale compliquée de dermite microbienne. Varices ampullaires creusées en tissu dur.

Le malade vient à l'hôpital pour des troubles respiratoires.

A l'examen, on constate une sclérose pulmonaire diffuse. Recherche des bacilles de Koch négative. A l'âge de 28 ans, le malade a contracté la syphilis qui, d'après ses dires, était d'une particulière malignité. Quelques mois plus tard il a eu une localisation nasale de sa syphilis qui a produit une fonte de la cloison nasale. Actuellement il ne reste qu'un petit pont cutané à la partie inférieure du nez. La syphilis a été traitée au début, mais pendant un temps très court.

Aux jambes, on voit une angiodermite purpurique pigmentée à siège classique, remontant jusqu'au tiers moyen des jambes, elle est polychrome, jaune clair, rouge violacé. Sur les parties internes des jambes s'est développée une dermite squameuse avec infiltration, pruriginuse, avec des poussées exsudatives intercurrentes, survenant après le grattage. Il s'agit d'une dermite microbienne avec épaissement et lésions de neurodermite surajoutée.

A côté des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée classique, on trouve à la région malléolaire interne, un semis d'éléments purpuriques extrêmement net, tantôt en éléments isolés, tantôt groupés, avec, par places, des petites squames micacées.

Au bord interne du pied, on trouve de très nombreuses petites télangiectasies à type de varicosités, ou de dilatations plus larges formant des plaques rouge violacé, s'effaçant à la pression du doigt.

On trouve également sur le dos du pied, des éléments purpuriques. A noter : varices très nettes, de type de petites ampoules creusées en tissu dur. Ces varices ont apparus très précocement. On les a opérées durant son service militaire.

OBSERVATION L

M. Alexandre F..., 63 ans. 28 novembre 1936.

Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale. Cicatrices d'ulcérations antérieures. Epaissement des tissus sous-jacents. Erysypèle à répétition. Pas de renseignements sérologiques.

Malade venu à diverses reprises dans le service pour des lésions cutanées chroniques des jambes, des ulcérations et des altérations unguéales.

L'examen viscéral ne révèle aucun trouble clinique notable. Sa tension artérielle est à 16-10. A noter une légère hypertrophie des parotides.

Aux deux jambes, on constate de très grosses lésions d'angiodermite purpurique pigmentée ; ces lésions ont débuté de très bonne heure. Il était même réformé pour ses jambes. Sur la jambe gauche, on constate des lésions très typiques qui n'ont jamais été ulcérées. Un placard d'angiodermite purpurique pigmentée occupe les deux tiers inférieurs de la jambe. Il est coloré en brun foncé. La peau est recouverte de petites squames argentées, en fines écailles de poisson. Avec l'ongle on trace une raie blanche caractéristique. Le signe de la tache de bougie est des plus nets. Il existe peu de lésions aberrantes autour du placard. Les lésions pigmentaires et purpuriques sont étendues au dos du pied avec petit état squameux des téguments. A la jambe droite, l'angiodermite purpurique pigmentée est beaucoup plus étendue, elle arrive jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia. C'est un vaste placard polychrome de teinte foncée.

Sur ce fond d'angiodermite purpurique pigmentée on voit de vastes cicatrices rosées d'anciennes ulcérations. Ces ulcérations

ont débuté après un traumatisme porté sur le placard d'angiodermite purpurique pigmentée. Elles se sont compliquées d'une phlébite et à plusieurs reprises d'infections ayant les caractères d'érysypèle. Actuellement les parties molles et le tissu cellulaire sont excessivement rétrécis et indurés. Au-dessus des cicatrices, l'induration est particulièrement marquée. La pigmentation confluyente envahit même le dos du pied. On ne trouve pas de trace d'eczématisation sur toute l'étendue des jambes. La radiographie montre une légère réaction périostée du tibia avec diminution de l'aire du canal médullaire de l'os.

Les ongles des gros orteils sont remplacés par des masses cornées en forme de coquille de mollusque. Pas de renseignements sérologiques.

OBSERVATION LI

M. Joannès B..., 52 ans, 6 décembre 1936.

Cellulo-dermite chez un hypertendu. Angiodermite purpurique pigmentée entourant des cicatrices d'ulcérations.

Le malade est hospitalisé pour des lésions cutanées et cellulodermiques de la jambe droite.

L'examen viscéral montre au cœur un retentissement du deuxième bruit, perçu sur une grande étendue. C'est un hypertendu. Sa tension artérielle est à 18,5-10,5. Le sujet nie toute maladie vénérienne. Il aurait eu durant la guerre une gelure des pieds du deuxième degré, avec gros œdème, mais actuellement on ne retrouve aucune trace de cet accident.

Il y a six ans, il a présenté deux ulcérations spontanées sur la jambe droite : une de quatre travers de doigt, l'autre de huit ; elles ont duré quatre mois et après la guérison elles ont laissé un halo brunâtre autour des cicatrices. Il y a quelques mois il est apparu une autre ulcération, à la face antéro-interne de la même jambe, en laissant autour de la cicatrice une auréole fortement pigmentée polychrome. Sur le tiers inférieur de la jambe,

on trouve de taches pigmentaires. Il n'y a aucune trace d'eczématisation. Parakératose très nette avec raie blanche tracée par l'ongle. A la face postérieure de la jambe, on constate une plaque indurée de cellulo-dermite. Sa surface est de coloration jaunâtre.

Les renseignements sur la sérologie ont été égarés.

OBSERVATION LII

M. Etienne P..., 52 ans. 12 février 1937.

Gros foie. Hypertrophie de la rate. Altérations pulmonaires. Hypertension. Syphilis. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Paresse pupillaire. Angiodermite purpurique pigmentée d'apparition récente, chez un sujet non variqueux. Réactions sérologiques très positives.

Le malade est venu à l'hôpital pour du dérobement des jambes.

L'examen viscéral montre des altérations étendues du murmure vésiculaire affaibli en général dans les deux poumons. Le malade est un toussueur de vieille date. Pas de signes nets d'altération cardiaque, mais sa tension est à 17,5-10,5. Le pouls est légèrement bondissant. Son foie est très dur. Son bord inférieur se trouve sur la ligne transversale ombilicale. La matité splénique est augmentée. A la palpation on perçoit la rate dure et modérément hypertrophiée. Les pupilles sont irrégulières, à réactions très paresseuses. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Les réactions sérologiques sont très positives.

Sur les jambes ont apparu depuis quelques mois, de larges taches pigmentaires qui remontent jusqu'au bulbe du tibia, envahissant le dos des pieds, pigmentation de teinte brune assez foncée avec quelques îlots lilacés. On ne décèle aucune trace

d'eczématisation. Parakératose très nette. A la plante du pied, partie externe du coussinet plantaire antérieur, épaissement corné analogue à ce qu'on voit au début des maux perforants plantaires.

OBSERVATION LIII

M. Louis R..., 73 ans. 30 mars 1937.

Hypertension. Hypertrophie parotidienne bilatérale. Orchite bilatérale avec atrophie testiculaire. Phlébite ancienne de la jambe. Dilatations ampullaires des veines creusées en tissu dur. Angiodermite purpurique pigmentée ulcérée.

Le malade est venu à la consultation pour douleurs des jambes.

L'examen général montre une hypertension à 19-13. Au niveau des organes génitaux, on constate une orchite bilatérale. Les deux testicules sont réduits à une masse très dure, indolore. Ses parotides sont grosses et dures. Légère leucoplasie commissurale. Les réactions sérologiques sont négatives.

A la jambe gauche, on constate des lésions très étendues et variées d'angiodermite purpurique pigmentée. Ces lésions ont débuté par une phlébite variqueuse il y a trois ans. En même temps sont apparus des placards bleus sur la jambe et une ulcération qui s'est fermée en un court espace de temps.

Actuellement, on voit sur le tiers inférieur de la jambe, un vaste placard d'angiodermite purpurique pigmentée polychrome, de teinte générale lilas. A cinq travers de doigt au-dessus de la malléole interne, on trouve un ulcère rougeâtre peu profond. Dans toute la région de l'angiodermite purpurique pigmentée, on perçoit une cellulodermite étendue. Sur la face interne de la voûte plantaire, et sur le dos du pied : macules angiomeux et nombreuses petites phlébectasies. Aucune trace d'eczéma. Para-

kératose très nette avec raie blanche. Pas de varices de la cuisse.

Sur la jambe droite : phlébectasies multiples. Dans la région malléolaire et sur le dos du pied, on voit des plaques pigmentaires et des éléments purpuriques punctiformes. Au tiers supérieur de la jambe, les veines sont dilatées par places et creusées en tissu dur.

OBSERVATION LIV

M. Jean T..., 80 ans. 21 avril 1937.

Arriération mentale. Perturbation des réflexes achilléens. Angiodermite purpurique pigmentée typique avec parakératose de surface. Aucune eczématisation. Chute spontanée des ongles.

Ce malade est venu à plusieurs reprises dans le service pour des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée, très accentuées à la jambe gauche.

L'examen général fournit très peu de renseignements.

A la jambe gauche, existe un très vaste placard d'angiodermite purpurique pigmentée remontant au tiers inférieur de la jambe et sur le dos du pied. La vaste nappe d'angiodermite purpurique pigmentée est polychrome à prédominance de coloration rouge : avec, en quelques points, de larges taches purpuriques violettes. La plaque d'angiodermite purpurique pigmentée, dans la région rétro-malléolaire, est rouge, tendue par une cellulo-dermite très douloureuse. A la périphérie du placard, on trouve une pigmentation lenticulaire ou en macules irrégulières. Aucune trace d'eczématisation. Parakératose très nette. La radiographie des os de cette jambe montre un péroné déformé et engainé, sur toute son étendue, de dépôts périostiques. L'ongle du gros orteil est tombé spontanément.

Sur la jambe droite, il existe une plaque d'angiodermite purpurique pigmentée sus-malléolaire, moins étendue qu'à gauche.

Elle s'est ulcérée à l'occasion d'un traumatisme qui a produit une fracture du péroné. L'ulcération a mis un an pour se cicatriser.

L'examen viscéral donne peu de renseignements. Le malade est un arriéré mental. L'examen du système nerveux montre un affaiblissement considérable des réflexes achilléens. On peut considérer qu'à gauche le réflexe a disparu. A noter un kyste de l'épididyme. Pas de renseignements sérologiques.

OBSERVATION LV

M. Louis P..., 76 ans. Le 17 mai 1937.

Syndrome parkinsonnien chez un syphilitique en évolution. Réactions sérologiques positives. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Kyste épидидymaire gauche. Angiodermite purpurique pigmentée très étendue. Pas de varices. Jamais d'ulcération.

Le malade vient dans le service pour une poussée purpurique sur les jambes.

La tension artérielle est à 16-9. En outre, le malade présente à gauche une rigidité, un tremblement du type parkinsonnien. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis. Les pupilles sont irrégulières et réagissent faiblement aux deux modes. L'examen ophtalmoscopique révèle une hémorragie rétinienne à droite (M. le Professeur Bonnet). Le malade, ancien albuminurique et glycosurique, ne présente plus de ces éléments dans les urines. Ses réactions sérologiques sont positives.

Actuellement, aux deux jambes, à leur partie moyenne, dans la région rétro-malléolaire et sur le dos du pied, il existe de vastes placards d'angiodermite purpurique pigmentée de teinte gris sale et brun clair, avec quelques îlots d'un rose terne qui pâlisent à la pression. Ces lésions ont débuté, il y a plusieurs années, par des taches brunes, qui peu à peu ont pris l'allure

actuelle. On note encore, sur le dos du pied droit, de larges plaques purpuriques en voie de disparition. Toutes ces lésions n'ont jamais été ulcérées.

Le malade a très peu de varices, c'est à peine si à droite on perçoit une saphène plutôt dure qu'ectasiée. Les orteils sont portés en haut et en arrière par le coussinet plantaire. L'ongle du gros orteil droit est partiellement décollé, il va probablement tomber spontanément.

OBSERVATION LVI

M. Eugène T..., 58 ans. 25 mai 1937.

Altération syphilitique du pharynx et du voile du palais. Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale parakératosique. Aucune trace d'eczématisation. Très léger état variqueux d'une seule jambe. Pas de renseignements sérologiques récents dans l'observation.

Malade entre dans le service de M. le Professeur M. Favre, pour quelques troubles intestinaux.

L'observation porte qu'il est atteint d'angiodermite purpurique pigmentée bilatérale des deux tiers inférieurs des jambes et des pieds. Ces lésions sont actuellement au stade pigmentaire. Pas de poussée purpurique récente. Aucune trace d'eczématisation. Parakératose légère avec signe de la raie blanche. On trouve quelques varicosités, d'ailleurs peu étendues, sur la face interne, du tiers supérieur de la jambe droite. A cette jambe, les lésions d'angiodermite purpurique pigmentée sont plus intenses. La région malléolaire est très œdématiée. La radiographie montre des altérations des os de la jambe, qui proviennent d'une fracture complète du tibia, mais le malade n'a aucun souvenir de cet accident.

Le malade est un syphilitique qui a eu, il y a quinze ans, des accidents pharyngés qui ont produit de gros délabrements : déformation du voile, disparition de la luvette, cicatrice étendue de la paroi postérieure du pharynx. Les réactions sérologiques furent faites il y a douze ans et elles étaient positives. Par ailleurs, l'examen viscéral est négatif.

OBSERVATION LVII

M. Claude V..., 54 ans. 31 mai 1937.

Ethylisme. Induration hépatique sans signes de cirrhose. Angiodermite purpurique pigmentée sans ulcération, ni varices, ni eczématisation. Les réactions sérologiques sont fortement positives.

Malade amaigri, hospitalisé pour toux et faiblesse générale.

A l'examen, on est frappé par son faciès vultueux dont les pommettes sont sillonnées de très nombreuses varicosités ; on les retrouve sur presque toute la face. L'examen pulmonaire montre une respiration obscure aux deux sommets, sans qu'on puisse donner d'autres précisions. La radiographie montre seulement une accentuation des réactions vasculo-bronchiques. Son foie est dur. Il avoue un éthylisme chronique et se plaint de piteuses matinales. Les réactions sérologiques sont fortement positives.

Sur la jambe gauche, on aperçoit une vaste plaque d'angiodermite purpurique pigmentée, polychrome, de teinte jaune brunâtre, avec, par places, un peu de violet. La plaque est située à cinq travers de doigt au-dessus de la malléole interne. Elle occupe surtout la face interne de la jambe sur 9 c/m de hauteur. En dehors de la plaque d'angiodermite purpurique pigmentée, sur la face externe de la jambe, on note six cicatrices pigmentées, dont la plus grande a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Dans les régions malléolaires et sous-malléolaires et sur le dos du pied on remarque un réseau de capillaires très évident et

serré ; ils ont l'aspect d'un ANGIOME CAPILLAIRE très apparent.

A noter : pieds plats bilatéraux.

OBSERVATION LVIII

Mme F..., 72 ans. 12 juin 1937.

Hémiplégie droite. Hypertension artérielle. Angiodermite purpurique pigmentée bilatérale. Réactions sérologiques négatives.

Malade hospitalisée pour hémiplégie droite.

A l'examen : femme en bon état général. Elle présente une hémiplégie flasque droite avec Babinski en extension. Au cœur, tension artérielle à 18,5-11,5. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Par ailleurs rien à signaler.

Aux deux jambes, elle présente une angiodermite purpurique pigmentée bilatérale sur les malléoles internes.

Les nombreuses observations que nous rapportons méritent d'être analysées pour que nous puissions en tirer des renseignements sur de multiples points concernant la pathologie de l'angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs.

C'est ainsi que nous aurons à nous occuper de l'époque de l'apparition de cette maladie, de ses rapports avec l'âge, le sexe, des conditions étiologiques dans lesquelles elle apparaît, des divers aspects cliniques qu'elle est susceptible de présenter, de complications qui en

augmentent la gravité et la durée. Nous examinerons certains de ces points dans notre chapitre des commentaires des cas cliniques que nous avons recueillis, et nous insisterons sur certains faits particuliers qui, depuis la publication de l'article du Professeur M. Favre dans la « Nouvelle Pratique Dermatologique », ont retenu son attention et qui méritent par suite une étude plus développée.

EXAMEN CRITIQUE DE NOS OBSERVATIONS

L'étude critique des observations précédentes permet de dégager les constatations ci-dessous :

Fréquence suivant l'âge et le sexe.

L'angiodermite purpurique pigmentée s'observe très rarement avant l'âge de 30 ans. Nous n'avons qu'une seule observation d'un malade de 23 ans, porteur d'une angiodermite purpurique pigmentée.

C'est un sujet ayant des réactions sérologiques fortement positives, des anomalies dentaires faisant penser à une syphilis héréditaire, des grosses dilatations veineuses sur les membres inférieurs et une périostite du tibia.

L'angiodermite purpurique pigmentée se voit de temps en temps chez des malades de 30 à 50 ans. Nous n'avons que 12 observations de ces cas, ce qui ne représente que 20 % du chiffre total.

On l'observe le plus fréquemment chez des sujets qui ont dépassé 50 ans. En effet, sur 58 observations que nous rapportons ici, 45 concernent des malades qui

ont dépassé la quarantaine. Ce nombre représente en chiffre rond 78 % de la totalité.

Quant au rôle du sexe, nous pensons qu'on voit l'angiodermite purpurique pigmentée aussi fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Peut-être est-elle un peu plus fréquente chez les hommes, étant donné qu'ils sont plus exposés aux causes de divers ordres, infectieux et traumatiques susceptibles d'engendrer des perturbations vasculaires des membres inférieurs.

Etude statistique de l'angiodermite purpurique pigmentée et des lésions concomitantes des membres inférieurs.

Nous avons vu dans l'étude des formes cliniques de l'angiodermite purpurique pigmentée qu'il existe une forme purement cutanée et une forme compliquée d'ulcérations ou de varices.

La première forme est, d'après nos observations, relativement peu fréquente. Nous n'avons que 14 malades porteurs d'angiodermite purpurique pigmentée pure, ce qui fait 24 % du chiffre global.

Quarante-quatre observations concernent des malades atteints d'angiodermite purpurique pigmentée compliquée d'ulcérations ou de varices, ou des deux à la fois ; ils se répartissent de la façon suivante :

21 malades porteurs d'ulcères ou de cicatrices d'anciennes ulcérations (36 % du chiffre global).

8 malades étaient simplement porteurs de varices sans ulcères (14 % du chiffre total).

15 malades présentaient à la fois des varices et des ulcères ou des cicatrices d'ulcérations antérieures (26 % du chiffre total).

Sur les 58 observations que nous apportons, on compte : 22 malades porteurs d'angiodermite purpurique pigmentée non ulcéreuse et 36 qui présentent cette complication.

Dans son étude des formes cliniques, M. le Professeur M. Favre a divisé les lésions cutanées de l'angiodermite purpurique pigmentée en trois groupes :

- a) Forme à grands placards pigmentés cohérents.
- b) Forme à pigmentation réticulée.
- c) Forme à éléments pigmentés lenticulaires.

La forme à grandes plaques est très fréquente. Nous l'avons vue dans presque la moitié de nos observations.

La forme réticulée s'observe très rarement.

La forme lenticulaire est rare, nous n'en enregistrons que quelques cas isolés.

Les points lenticulaires et la pigmentation réticulée accompagnent fréquemment les grandes plaques à la façon des lésions d'avant-garde de propagation. Nous observons cette forme mixte dans l'autre moitié de nos cas.

L'angiodermite purpurique pigmentée est, sensiblement dans les mêmes proportions, uni et bilatérale (32 bilatérales et 26 unilatérales).

A l'étude des symptômes on a vu l'importance qu'il faut attacher à la coloration des plaques d'angiodermite. Le terme de polychrome est celui qui leur convient

le mieux : les colorations vont du jaune clair à des teintes bleu violacé — bleu noirâtre, en passant par la gamme étendue des couleurs intermédiaires — brun clair, brun foncé, gris fer, rose ou rouge violacé. Les teintes foncées sont très fréquentes, même dans les formes à coloration plus claire, il est fréquent d'observer des points purpuriques, des zones bleuâtres, des teintes lilas et l'on comprend combien il est inexact de continuer d'appeler « dermite jaune d'ocre » un syndrome cutané qui s'offre si rarement sous cette teinte à l'œil du médecin.

Elle est souvent accompagnée d'une cellulo-dermite douloureuse. Nous en avons observé 12 cas. Nous reviendrons plus loin sur son étude.

Dans les antécédents locaux de nos malades, nous comptons 8 sujets qui ont eu des phlébites de diverses origines (post-typhiques, post-partum, etc.) et 13 qui ont subi un traumatisme ou une fracture qui a pu entraîner d'une façon ou d'une autre l'état vasculaire du membre.

Dans 13 observations nous relevons des altérations des ongles atteignant soit tous les ongles des pieds, soit plus particulièrement celui du gros orteil.

Elles consistent en épaissement de l'ongle qui prend une teinte vieil ivoire, se décolle et tombe spontanément, ou s'épaissit et prend l'aspect ostréacé.

Plus rarement, on note de l'onychogriphose. La chute spontanée a été observée dans 8 cas.

M. le Professeur M. Favre a attiré l'attention sur ce symptôme si curieux et cependant si peu étudié. Il a inspiré sur ce sujet la thèse de son élève Chambon.

Neuf malades présentent des télangiectasies cutanées, siégeant surtout au bord interne du pied et dans les régions péri-malléolaires.

On ne s'est pas occupé de ces singulières modifications que l'on peut observer fréquemment au voisinage des lésions typiques de l'angiodermite. Notre Maître qui a souvent attiré l'attention de ses élèves, en distingue trois types :

Dans un premier cas, on constate le développement sous les téguments d'un lacis de petits vaisseaux dont la coloration au lieu d'être rouge, comme le sont les varicosités des pommettes, est au contraire foncée d'un bleu violacé.

Une seconde forme, plus curieuse, a été décrite dans la thèse de Chaix. On observe aux pieds de certains de ces malades et sur des surfaces étendues « une foule d'angiectasies si nombreuses qu'ils sont parfois cohérents... Ce ne sont pas de fines varicosités filiformes, ce sont des dilatations veineuses circonscrites, de véritables angiomes veineux », dont les formations pressées donnent aux téguments qu'elles soulèvent un aspect mamelonné et forment par leur réunion, un véritable coussinet veineux rénitent.

Une troisième forme est celle où s'observent de véritables angiomes maculeux circonscrits, s'effaçant à la pression du doigt. Le Professeur M. Favre les a surtout observés au bord interne des deux pieds. Chez un de ses malades, certains éléments siégeaient sur des orteils et étaient recouverts d'une couche cornée épaisse. On pouvait qualifier ces angiomes d'ANGIOKÉRATOMES.

Ces observations montrent qu'il ne faut pas réduire l'angiodermite purpurique pigmentée à la description, cependant si importante, de la plaque même d'angiodermite, ce serait méconnaître de singulières modifications qui s'observent dans les petits vaisseaux cutanés et qui se traduisent par ces formations angiomateuses de types divers et qui témoignent, ainsi que le Professeur M. Favre l'a signalé expressément, que le processus de l'angiopoïèse est dans l'angiodermite purpurique pigmentée plus important même que la thrombose et l'oblitération vasculaire.

La fréquence de la syphilis.

La syphilis est très fréquente chez des malades porteurs d'angiodermite purpurique pigmentée. Nous apportons 26 cas de syphilis vérifiée par les réactions sérologiques ou par un chancre avoué par le malade.

Sous le terme « réactions sérologiques » nous comprenons les réactions des : Wassermann, Hecht, Meinicke et Kahn.

Bien que pour un bon nombre de nos malades, les lésions que nous avons relevées : choroïdites (qualifiées spécifiques par le spécialiste), leucoplasie, aortite, perturbation des réflexes, plaident en faveur de la syphilis, à cause de la non-confirmation par les réactions sérologiques ou par leur manque, nous ne comprenons ces cas dans le groupe de syphilis certaines, dont la proportion reste donc dans notre statistique fixée à 44,8 %. Nous avons déjà dit qu'elle est inférieure à la statistique de la thèse de Chaix, car nous avons éliminé des cas où

la syphilis, bien que très probable, n'est pas certaine.

Une observation s'impose concernant les sujets relativement jeunes atteints d'angiodermite purpurique pigmentée. Nous avons dit plus haut que l'angiodermite purpurique pigmentée est peu fréquente avant l'âge de 50 ans, mais nous devons ajouter que sur 13 malades jeunes, nous en avons 7 qui ont eu la syphilis, 4 ont eu des affections des membres : phlébites graves, ou fractures, ou traumatismes violents. Deux seulement n'ont ni la syphilis, ni les affections énumérées plus haut.

Nous voyons ici, encore une fois, la grande importance d'infection syphilitique dans l'étiologie de l'angiodermite purpurique pigmentée.

Fréquence des autres affections.

Dans notre statistique nous n'avons que 4 observations des malades qui ne présentent aucune tare viscérale décelable cliniquement.

La première (Observation V). Le malade, de 54 ans, a vu apparaître son angiodermite purpurique pigmentée après une blessure grave du membre.

La deuxième (Observation XXXVIII). Homme de 61 ans ; apparition de l'angiodermite purpurique pigmentée après une phlébite qui a suivi un écrasement de la cuisse.

La troisième (Observation XLVI). Angiodermite purpurique pigmentée ulcérée chez une femme de 80 ans qui ne présente aucune tare viscérale décelable cliniquement.

La quatrième (Observation L). Homme de 64 ans, porteur d'une angiodermite purpurique pigmentée apparue après plusieurs phlébites.

Nous insistons sur le fait de la grande rareté des maladies indemnes d'altérations viscérales concomitantes et on verra, par la suite, la grande fréquence et la variété de ces altérations.

Les lésions du système nerveux sont les plus fréquentes, à cause d'un grand nombre de malades syphilitiques. Des perturbations nerveuses nos malades présentent : des troubles de la réflectivité tendineuse et pupillaire, des paralysies, de l'épilepsie, le syndrome parkinsonien, des troubles mentaux et des lésions rétiniennes. Nous comptons 26 observations de sujets qui présentent des troubles énumérés ci-dessus. Ce qui représente 45 % du chiffre global.

Les cardiopathies et l'hypertension sont aussi très fréquentes. Dix-neuf de nos malades, soit 33 %, présentent des altérations cardiaques.

Les affections pulmonaires se rencontrent dans les mêmes proportions : 20 malades en étaient atteints.

Les altérations hépatiques que nous avons observées chez 15 malades étaient, dans la majorité des cas, dues à un éthylisme ou à la syphilis. C'était presque toujours des hypertrophies hépatiques. Dans 4 cas, elles étaient accompagnées de splénomégalie.

Dix de nos malades présentent des lésions rénales se manifestant par une albuminurie.

Chez 7 malades, on a pu observer une hypertrophie des parotides. Ces observations concernent seulement des hommes. Cinq d'entre eux ont eu la syphilis confir-

mée par les réactions sérologiques. Chez l'un d'entre eux, nous n'avons pas pu avoir de renseignements sérologiques, l'examen clinique n'a rien révélé. Chez un homme de 67 ans, les réactions sérologiques étaient négatives, mais il a présenté une pneumopathie chronique accompagnée de troubles psychiques et de l'éthylisme.

Les cellulo-dermites de l'angiodermite purpurique pigmentée.

Nous avons dit plus haut, que nous reviendrons sur la question des cellulites que l'on observe fréquemment chez les sujets atteints d'angiodermite purpurique pigmentée.

Dès ses premiers travaux, notre Maître a signalé le caractère douloureux que présentent souvent ces infiltrats cellulitiques, parfois très étendus, sous-jacents aux plaques d'angiodermite purpurique pigmentée.

Lorsqu'on cherche à pincer la peau, on constate qu'elle est indurée, qu'elle forme parfois comme un blindage étendu sur une grande partie de la jambe.

La manœuvre du pincement large des couches cutanées provoque fréquemment une vive réaction douloureuse et elle est surtout intense dans les cas où l'angiodermite purpurique pigmentée, en pleine activité, est au stade érythémato-purpurique.

Le Professeur M. Favre a rapporté des observations des malades chez lesquels l'angiodermite aiguë purpurique avait un caractère tellement douloureux qu'elle privait le malade de tout sommeil et que les tentatives de

l'exploration des téguments était vraiment insupportable. Nous apportons un nouveau cas (Observation VI) qui s'ajoute à celui que notre Maître a publié dans le « Journal de Médecine de Lyon ».

A propos de cette observation, il a fait une étude histologique des lésions dermo-épidermiques de ces malades. Il a insisté sur leur caractère hémorragique, sur la formation des néo-vaisseaux dans le tissu celluloadipeux, sur les réactions inflammatoires de ces tissus, apportant ainsi une nouvelle contribution histologique à l'étude déjà très complète des lésions d'angiodermite purpurique pigmentée.

Nous voyons que dans ce syndrome les lésions atteignent toutes les couches cutanées et, dans certains cas, présentent dans l'hypoderme un développement particulièrement remarquable.

Nous rappelons que ces cellulodermites peuvent, dans les vieux ulcères compliqués d'infection secondaire et particulièrement de l'infection streptococcique, donner naissance à une épaisse sclérose, véritable dermatosclérose, qui, dans une de nos observations, enserre complètement la jambe.

Nous bornons là le commentaire des observations que nous avons recueillies et qui fait l'intérêt principal de notre travail.

Notre but a surtout consisté à étudier ces cas, à en dégager les enseignements étiologiques et cliniques qu'ils nous apportent. Nous avons insisté particulièrement sur quelques faits nouveaux ou insuffisamment étudiés dans la thèse de Chaix.

Nous serions heureux que notre travail contribue à montrer le nombre et la valeur des acquisitions que par ses patientes observations notre Maître a apporté, sur un syndrome cutané, fréquemment observé, mais considéré comme banal et négligé. Il en a montré tout l'intérêt, il a étudié le mécanisme et l'histogénèse de ces lésions complexes, il en a fait connaître les aspects cliniques, les complications, il a fait de ce rebut de la pathologie un sujet dont l'intérêt va en croissant, au fur et à mesure qu'on l'étudie mieux. Avec la maladie de Schamberg, par exemple, il fait partie du groupe des maladies cutanées à pigmentation d'origine hémoglobinique, des HÉMOSIDÉROSES CUTANÉES.

De l'amas confus des notions non classées que les pathologistes allemands désignent du nom « Complexus variqueux » il a dégagé une entité anatomo-clinique claire et désormais solidement établie.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous serons très bref sur ce sujet, l'étude de notre Maître, que nous avons apportée, nous dispense de long développement.

L'affection qui fait l'objet de notre thèse est d'ailleurs très commune, on la rencontre dans les services hospitaliers et dans la pratique médicale journalière. Elle est très facile à reconnaître dans ses formes typiques, il faut seulement apprendre à la déceler dans les cas légers, où elle se marque par la pigmentation de teinte claire au tiers inférieur des jambes. Il importe d'examiner attentivement tous les cas, étudier l'état des couches cutanées, d'examiner aussi l'état du système veineux. Plus on regardera de près, plus on sera frappé du nombre et de l'intérêt des faits que l'on peut y observer.

En ce qui concerne le traitement de ces lésions, il varie suivant leur état et leurs complications. L'une des plus fréquentes est l'ulcération à tendance chronique qui se développe si facilement sur ces téguments profondément modifiés. Le traitement de ces angiodermites purpuriques pigmentées compliquées doit être très éclectique, associant au traitement topique de l'ulcère

même, des médications générales. Il ne s'agit pas seulement de guérir l'ulcère, il faut prévenir son retour, et à ce point de vue, notre Maître insiste sur les bons effets qu'il a toujours obtenus des cures iodo-hydrargiques longtemps prolongées. Il a observé leurs bons effets dans les cas même où l'infection syphilitique n'est pas en jeu. On peut dire que nous avons aujourd'hui avec de bonnes méthodes de traitement local, telle que la méthode ambulatoire et l'emploi d'une thérapeutique générale conjointe, le moyen de rendre à la santé et à leurs occupations, des malades qui autrefois devenaient de véritables infirmes à la charge de la société.

Il est bien entendu que le porteur d'ulcère atteint d'affection viscérale devrait être soigneusement étudié et soumis à des thérapeutiques que son état nécessite.

L'angiodermite purpurique pigmentée n'est plus, notre Maître l'a souvent répété, une maladie cutanée. Son étude est celle d'un grand chapitre de Pathologie et de Médecine générale.

CONCLUSIONS

Nous avons choisi comme sujet de thèse une affection qui, malgré sa fréquence, est restée jusqu'à ces dernières années mal connue. Elle est désignée sous le nom impropre de « dermite variqueuse », d' « eczéma variqueux » ; très souvent elle se complique de ces ulcérations chroniques auxquelles le même qualificatif « variqueuse » est d'ordinaire appliqué.

Le Professeur Favre s'est attaché depuis longtemps à l'étude de ce syndrome anatomo-clinique dont il montre le grand intérêt.

Dans la thèse de son élève Chaix il a donné une description clinique complète, non seulement des lésions tégumentaires présentées par les malades, mais aussi des lésions viscérales qui leur sont si souvent associées ; il a élevé la question des ulcères dits variqueux et des lésions cutanées qui les précèdent et les préparent, pour faire de ce sujet ce qu'il est en réalité, une grande question de médecine générale ; il a montré l'importance dans la constitution des lésions cutanées, de modifications vasculaires complexes ou la formation de nouveaux vaisseaux joue un rôle tout aussi important que les altérations et les oblitérations vasculaires.

« L'angiodermite », c'est ainsi qu'il l'a désignée, se traduit par des hémorragies intradermiques répétées dont les résidus pigmentaires encombrant le derme altéré.

C'est sur des téguments modifiés profondément dans leur vitalité, par cette angiodermite purpurique pigmentée, qu'apparaissent les ulcères qualifiés variqueux.

L'altération des grosses veines peut s'observer, avec celle des vaisseaux cutanés, mais l'angiodermite peut exister sans varices et sans ulcères.

Nous rapportons de nouvelles observations de ce syndrome si fréquent et nous insistons particulièrement sur certains faits qui n'ont pas été signalés dans la thèse de Chaix.

C'est ainsi que nous attirons l'attention sur la parakératose satellite de l'angiodermite, sur le type des altérations cutanées qui, tant au point de vue anatomique que clinique, n'ont aucun rapport avec l'eczéma. Nous signalons la fréquence et le grand intérêt des remaniements complexes qui s'observent dans les vaisseaux tégumentaires et se traduisent par des angiomatoses de types variés que l'on voit surtout aux téguments des pieds.

L'angiodermite est fréquemment associée à des cellulites profondes, souvent très douloureuses ; nous rapportons une nouvelle observation de ces cellulites hémorragiques, hyperalgiques, qu'il y a grand intérêt à connaître.

Notre thèse apporte également une contribution à la fréquence de lésions viscérales associées et une preuve à l'appui de la thèse soutenue par le Professeur Favre.

L'angiodermite purpurique pigmentée est souvent une manifestation locale révélatrice d'altérations diffuses du système vasculaire.

Pour toutes ces raisons, l'angiodermite purpurique pigmentée, la plus fréquente des hémosidéroses cutanées, doit retenir l'attention non seulement du dermatologue mais de tout médecin.

Le Président de la thèse

M. FAVRE.

Vu : Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 décembre 1937.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous renvoyons le lecteur pour tout ce qui concerne la bibliographie avant l'année 1926, à la thèse de Chaix.

BEXELIUS (G.). — Studien über die Blutungstendenz der Hautkapillaren bei Kunstlicher venöses Stenung. « Acta Medica Scandinavica », N° 80, page 281-309, année 1933.

BIGEISEN (H. I.). — Télangectasia associated with Waricose veins ; treatement by micro Injection technic. « Journal of The American Medical Association, N° 102, pages 2092-2094, June 23, 1934.

CARRERA (J. C.). — Sobre la Dermatitis Purpurica et Pigmentada las Piernas (Favre y Chaix), In Memoria Sobre : Estudon histo-pathologico de las Dermatosion Pigmentarias de las Piernas (Extracton de la « Revista Sud Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quinotherapia », Annô XVI, N°s 5, 6, 7, 1933, pages 46 à 57).

CHAMBON. — De la chute spontanée des ongles. Sa valeur séméiologique. « Thèse », de Lyon, 1934.

CHAIX (A.). — La dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs. Lésions pré-érosives des ulcères dits variqueux. « Thèse », de Lyon, 1926.

DIOUIS DU SEJOUR et GURFINKIEL. — Note sur un cas de capillarite traité par la Sympathectomie. « Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie », N° 40, pages 1071-1073, 27 octobre 1934.

DISS (A.-M.). — Hémosidéroses cutanées. Le chapitre sur la dermite pigmentée et purpurique (Favre et Chaix). « Thèse », de Strasbourg, 1929.

FAVRE (M.), CONTAMIN (N.) et MARTINE (R.). — La dermite pigmentée et purpurique et les phlébites chroniques syphilitiques des membres inférieurs. Syphilis et ulcères dits variqueux. « Lyon Médical », N° 5, 3 février 1924.

FAVRE (M.). — Les syphilides cutanées nummulaires purpuriques et gangréneuses des membres inférieurs. Contribution à l'étude des formes cliniques de la syphilis cutanée hémorragique des membres inférieurs. « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », VI^e série, tome VII, N° 5, mai 1926.

FAVRE (M.) et CHAIX (A.). — La dermite pigmentée purpurique des membres inférieurs. Contribution à l'étude d'une forme clinique de la syphilis hémorragique des membres inférieurs. « Annales de Médecine », N° 22, pp. 44-56, juin 1927.

FAVRE (M.) et AMIC. — Notes cliniques pour servir à l'étude de l'angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs. Angiodermite et angiomatose satellite. « Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie », N° 39, pages 809-813, juin 1932.

FAVRE (M.) et CHAPUY (A.). — Quelques considérations sur le phénomène de la chute spontanée des ongles et en particulier des ongles des deux gros orteils. « Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie », N° 40, pages 1188-1190, juillet 1933.

FAVRE (M.), MICHEL (P.-J.) et BONNARD (H.). — Sur une forme de syphilis musculaire, les myosites syphilitiques sous-ulcéreuses (Syphilis plurifocale, syphilis à lésions segmentaires étagées). « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », N° 5, pages 105-134, février 1934.

FAVRE (M.), JOSSERAND (A.) et VACHON (A.). — Du facteur hépatique dans certains types cliniques des dermites pigmentées purpuriques. « Lyon Médical », N° 155, pages 332-333, mars 1935.

FAVRE (M.), MORENAS (L.) et DUBOIS (P.). — Syndrome sclérodermique des deux membres inférieurs chez un syphilitique évolutif. « Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatolo-

gie et de Syphiligraphie. Réunion dermatologique de Lyon », N° 42, pages 1458-1459, juillet 1935.

FAVRE (M.). — Angiodermite purpurique pigmentée. In « Nouvelle Pratique Dermatologique », vol. V, année 1936.

— Sur une forme clinique rare de l'angiodermite purpurique et pigmentée des membres inférieurs. L'angiodermite aiguë extensive, hyperalgique. Contribution à l'étude des cellulodermites purpuriques des membres inférieurs. « Journal de Médecine de Lyon », 20 mai 1936.

— Un syndrome cutané mal nommé : l'Eczéma variqueux. « Le Journal de Médecine de Lyon », tome XVIII, N° 417, 20 mai 1937, pages 289-291.

GOUGEROT (H.). — Ulcérations à bords cyanotiques et purpuriques. Gravité et lenteur de cicatrisation. « Paris Médical », 1921, pages 457-464.

— Gommès et ulcérations syphilitiques cyanotiques. Gravité et résistance au traitement. Lenteur de cicatrisation. « Annales des Maladies vénériennes », mai 1925, pages 161-170.

GOUGEROT (H.), MEYER-THUROLOR (J.). — Télangiectasies des pieds et jambes chez une tabétique. Capillarites ectasiantes syphilitiques. « Bulletin Soc. Française de Dermat. et de Syphil. », N° 35, page 532, juillet 1928.

GOUGEROT (H.). — Capillarites. Leur importance en dermatosyphiligraphie. « Journal des Praticiens », 15 décembre 1928, N° 50, page 817.

— Capillarites chroniques cutanées. « Presse Médicale », 2 janvier 1932, N° 1, page 11.

— Importance des capillarites syphilitiques et parasyphilitiques. « Société de Dermatologie », 12 mai 1932, page 569.

GOUGEROT (H.) et DELAY. — Capillarites réticulées purpuriques et pigmentaires. Purpura rhumatoïde et pigmentation réticulée. Contribution à l'étude des dermatoses réticulées et du réseau capillaire anastomotique. « Bulletin de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph. », N° 40, pages 422-423, mars 1933.

- GOUGEROT (H.), LORTAT-JACOB et HAMBURGER (J.). — Sur un cas de capillarite atrophique avec télangiectasies. « Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph. », N° 43, pages 1580-1582, novembre 1936.
- HOFF (F.). — Klinische Beiträge zum Problem der Krankhaften Hauptpigmentierungen. « Deutsche Medizinische Wochenschrift », N° 62, pages 129-134, janvier 1936.
- HUGEL (R.). — Considérations pratiques sur la pathologie du tissu cellulaire des membres. « Le Monde Médical », 47^e année, N° 893, 1^{er} janvier 1937, pages 20-27.
- LECLERC (L.). — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères chroniques de jambe. « Thèse », de Lyon, 1937.
- PAUTRIER et DISS. — « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », VI^e série, tome VIII, N° 7, juillet 1927, page 393.
- RAMEL (E.). — Pathogénie du complexe dit variqueux. « Revue Médicale de la Suisse Romande », 53^e année, N° 8, juin 1933. — Rapport présenté à la LII^e Assemblée de la Société Médicale de la Suisse Romande.
- RAMOS-SILVA (J.). — Sur la dermite pigmentée et purpurique. « Annaes Brasil. de Derm. e Syph. », N° 2, page 19, année 1928.
- SAVY (P.). — « Traité de Thérapeutique clinique ». Edition Masson, 1936.
- TOURAINE et SOLENTE. — Angiectasies symétriques des membres inférieurs. « Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphiligraphie », N° 42, pages 1653-1656, novembre 1936.
- TOURAINE (A.) et RENAULT (P.). — Atrophie blanche et plaque cyanotique par capillarite syphilitique. « Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph. », N° 42, pages 1376-1379, juillet 1935.
- ULLMO (A.). — L'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire. « Thèse », de Strasbourg, 1929.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
L'ANGIODERMITE PURPURIQUE PIGMENTÉE :	
Etude clinique	19
Symptômes viscéraux concomitants	26
Formes cliniques	27
Anatomie Pathologique	29
Pathogénie — Etiologie	33
Diagnostic	37
Traitement	47
OBSERVATIONS	47
EXAMEN CRITIQUE DE NOS OBSERVATIONS :	
Fréquence suivant l'âge et le sexe	107
Etude statistique de l'Angiodermite Purpurique Pigmentée et des lésions concomitantes des membres inférieurs	108
La fréquence de la syphilis	112
Fréquence des autres affections	113
Les cellulo-dermites de l'Angiodermite Purpurique Pigmentée	115
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	119
CONCLUSIONS	121
BIBLIOGRAPHIE	125

IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS

253, rue Vendôme

— LYON —

